

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00717 vom 22. Dezember 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00717](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00717)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00717 du 22 décembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00717 del 22 dicembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All g emeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Ge sundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver bleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teil lung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Er werbsun fähig keit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist ( Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung [ IVG ] ).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

### **E. 1.4**

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge 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). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 1 2. Juni 2014 (Urk. 2 S.

1

f.) dafür, dass gemäss den Abklärungen keine Befunde vor lä gen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht einen länger andauernden Ge sund heitsschaden mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit begründeten. Das me di zinische Gutachten der

MEDAS Z. \_\_\_\_

vom 23. Januar 2014 sei in der Befundaufnahme schlüssig und nachvollziehbar. Da weder kognitive noch somatische Einschränkungen vorlägen, sei ein invalidenversicherungsrechtlicher

Gesundheitschaden nicht ausgewiesen.

Auch aus den neu eingereichten Berichten könnten keine neuen medizinischen Erkenntnisse gewonnen werden. Weder seien neue

Funktions Einschränkungen

noch neue Diagnosen gestellt worden. Der Psycho status sei normal ausgefallen, die beschriebenen Einschränkungen seien hauptsächlich fremdanamnestischer Art und nicht überprüfbar. Zudem sei eine bereits seit der Kindheit bestehende kognitive Schwäche überwiegend wahrscheinlich. Hinweise für eine neue demenzielle Erkrankung seien aufgrund diverser ungedeckter Inkonsistenzen, Verständigungsschwierigkeiten (albanische Sprache) und geringer Schulbildung überwiegend wahrscheinlich. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), die Gutachter der MEDAS Z. \_\_\_\_

hätten ihm aufgrund

einer nicht näher bezeichneten psychischen Störung (ICD-10 F99) bis zur abschliessenden Diagnosestellung und Beurteilung eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zwischenzeitlich habe auch die von den Gutachtern empfohlene Abklärung in einer Demenzsprechstunde oder in einer geeigneten Tagesklinik im D. \_\_\_\_ stattgefunden. Jene habe eine mittelgradige Demenz (F02.0) und differentialdiagnostisch eine mögliche frontotemporale Demenz (behavioural variant Frontotemporal

Lobar Degeneration [bvFTLD])

ergeben.

Die Interpretation der fachärztlichen Berichte durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), dass der gerontopsychiatrische Bericht keine neuen medizinischen Erkenntnisse bringe und er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit der Kindheit kognitiv schwach gewesen sei und auch keine neue Hinweise für eine demenzielle Erkrankung vorlägen, sei irritierend und nicht nachvollziehbar. Hinzu komme, dass die Beurteilung durch eine Fachärztin für Allgemein- und Arbeitsmedizin - und demnach nicht durch eine Fachärztin für demenzielle Erkrankungen - erfolgt sei.

Schliesslich hielt er gestützt auf den Bericht vom 3. September 2014 (Urk. 11) der C. \_\_\_\_ fest, dass die Diagnose einer Alzheimer-Krankheit nun feststehe (Urk. 10). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

3.

3.1

Am 2. August 2013 (Urk. 8/20)

diagnostizierte prakt. med. E. \_\_\_\_ ,

Assistenzärztin, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberarzt, C.\_\_\_\_, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie, Zentrum für Ambulante Psychiatrische Rehabilitation, G.\_\_\_\_, vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale; ICD-10 F42.1) und einen Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete Demenz (ICD-10 F03).

Prakt. med. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ hielten fest, der Beschwerdeführer sei vom 23. Mai bis 10. Juli 2013 stationär in der C.\_\_\_\_ behandelt worden. Diagnostisch bestanden bei Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Untersuchung einer bildmorphologisch nachgewiesenen Erweiterung der Liquorräume

- der Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung als Ursache für das beobachtete Verhalten und den beobachteten Affekt und Antrieb. Der Beschwerdeführer sei trotz kleiner Verbesserungen weiterhin zu 100% arbeitsunfähig. Die Wohnsituation sei stabil, weil sich die Angehörigen um die Versorgung des Beschwerdeführers kümmern. Dies er wäre krankheitsbedingt nicht in der Lage, alleine zu leben. Es sei nicht damit zu rechnen, dass eine (Teil-)Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 11. Mai 2012 bis auf Weiteres 100%. 3.2

Am 23. Januar 2014 (Urk. 8 / 42 S. 20 Ziff. 7.1.1 f.) nannten die Gutachter der MEDAS

Z.\_\_\_\_ nach Durchführung einer (allgemein-) internistischen, psychiatrischen, neuropsychologischen und neurologischen Untersuchung als Hauptdiagnose mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine nicht näher bezeichnete psychische Störung (ICD-10 F99). Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie eine

unklare Sensibilitätsstörung (ICD-10 R20) im Bereich des ulnarseitigen rechten Unterarms, differentialdiagnostisch

ein mögliches sensibles Sulcus - ulnaris -Syndrom mit Symptomausweitung, eine Adipositas III° mit/bei Bodymassindex (BMI) 40.7 kg/m<sup>2</sup>, eine arterielle Hypertonie unter Therapie mit AT1-Rezeptorantagonist, eine leichtgradige, normozytäre, normochrome Anämie (Differentialdiagnose: Eisenmangel), eine isolierte Gamma-GT Erhöhung (Differentialdiagnose: cholestatisch, medikamentös [ Risperidon ]) und eine aktuell substituierte Hypothyreose.

In ihrer polydisziplinären versicherungsmedizinischen Beurteilung hielten die Gutachter bezüglich der aktuellen gesundheitlichen Situation und Begründung der hauptgutachterlichen und polydisziplinären Diagnosefindung fest (S.

22 Ziff. 7.2.3), im Vordergrund stehe das unklare psychiatrische Zustandsbild, welches aktuell nicht abschließend beurteilt werden könne.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter auf dem Bau bestehe seit Mai 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 22 Ziff. 8.1).

Aus allgemein-internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 22 Ziff. 8.1.1). Aus neurologischer Sicht hätten sich auch keine Schädigungen oder Funktionsstörungen mit Auswirkung auf das mittel- und langfristige berufliche Leistungsvermögen des Beschwerdeführers gezeigt. Aus psychiatrischer Sicht betrage die kurzfristige Arbeitsfähigkeit 0% bezogen auf ein 100%-Pensum. Dies aufgrund des unklaren und instabilen Gesundheitszustandes. Diese Einschätzung gelte bis zur abschließenden Diagnosestellung und Beurteilung.

Polydisziplinär sei eine mittel- und langfristige Arbeitsfähigkeit nicht festlegbar, da ein instabiler Gesundheitszustand vorliege. Eine weitere Abklärung des psychiatrischen Gesundheitszustandes sei notwendig. Die kurzfristige Arbeitsfähigkeit betrage 0 % (100 % ige Arbeitsunfähigkeit) bezogen auf ein 100%-Pen sum . Zurzeit sei auch keine adaptierte Tätigkeit möglich .

In Anbetracht der diagnostischen Unklarheiten sei eine weitere Abklärung und Beobachtung nötig. Sinnvoll wäre unter anderem die von der C.\_\_\_\_ im Austrittsbericht vom 10. Oktober 2013 (vgl. Urk. 8/39/7-10) empfohlene Abklärung in einer Demenzsprechstunde oder in einer geeigneten Tagesklinik (S. 23 Ziff. 8.3) .

Die prognostische Einschätzung sei bei diesem unklaren Gesundheitszustand offen (S. 23 Ziff. 8.4) . 3. 3

Dr. med. H.\_\_\_\_ , FMH für Arbeitsmedizin und FMH Allgemeinmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2014 (Urk. 8/50 S. 4 f. ) fest, dass das Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_

die gestellten Fragen nur ungenügend beantwortete, in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge wenig einleuchtend sei und die gezogenen Schlussfolgerungen in nicht gänzlich nachvollziehbarer Weise hergeleitet worden seien . Insbesondere sei die Begründung, wonach der Beschwerdeführer aufgrund eines unklaren und instabilen Gesundheitszustandes einer nicht näher bezeichneten psychischen Störung (ICD-10 F99) bis zur abschließenden Diagnosestellung und Beurteilung zu 100 % arbeitsunfähig sein soll, nicht plausibel und auch nicht nachvollziehbar. Hingegen sei die Befunderhebung genügend und lasse weder auf eine kognitive noch auf eine somatische Einschränkung schliessen. Die subjektive Darstellung der Beschwerden lasse eine demenzielle Erkrankung zu mindest aus arbeitsmedizinischer Sicht als sehr unwahrscheinlich erscheinen. Vielmehr müsse anhand der wenig pathologischen Befunde und der fehlenden

Funktions Einschränkungen davon ausgegangen werden, dass keine erhebliche, die Leistungsfähigkeit einschränkende Erkrankung vorliege. Überdies sei ohne Begründung eine Demenzabklärung empfohlen worden und die Gutachter hätten sich auch nicht mit einem möglicherweise selbstlimitierenden Verhalten beziehungsweise mit einer möglichen Aggravation oder Simulation auseinandergesetzt. Sämtliche Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer seit jeher und weiterhin zu 100 % zu mutbar. 3. 4

Im Bericht von der C.\_\_\_\_ vom

8. Januar 2014 (Urk. 8/58/1-7)

nannten

Dr. A.\_\_\_\_

und Prof. Dr. B.\_\_\_\_ von der C.\_\_\_\_

gestützt auf den Behandlungszeitraum vom

19. November 2013 bis 7. Januar 2014 eine mittelgradige Demenz ( ICD-10 F02.0)

und differentialdiagnostisch eine mögliche frontotemporale Demenz ( behaviorale variant Frontotemporal Lobar Degeneration [ bvFTLD ]).

Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Dr.

B.\_\_\_\_ führten in ihrer Beurteilung aus, klinisch sowie in der aus führ lichen neuropsychologischen Untersuchung vom 2 5. November 2013

(Urk. 8 /58/9-12) hät ten sich Hinweise für mitunter schwere Minderleis tung en in multiplen kognitiven Domänen ergeben, die von ihrem

Ausprä gungs grad

her die Kriterien eines mittelgradigen demenziellen Syndroms erfüllten. In der Zu sam men schau der vorliegenden Befunde (klinische Symptomatik, fremd anam nestische An gaben, M RT -Bildgebung mit Nach weis einer leichten bi fron talen Atrophie, Liquoruntersuchung vom Juni 2013 mit Nachweis eines er nie drigten Amyloid beta 42 und Tau/p Tau unterhalb der Nachweisgrenze) gingen sie ak tu el l am ehsten von der Ver dachts diagnose einer fronto tempo ralen De menz aus ( Ver haltensvariante ; „ possible

behavioral variant FTLD“ nach den revidier ten Diag no sekriterien von 2011 [ Rascovscy 2011]). Hierfür sprächen nebst dem klinischen Eindruck insbesondere auch die fremdanamnestischen Angaben der Familie über frühe Wesens- und Verhaltensänderungen, Zwangs rituale so wie die schweren Stö rungen innerhalb der exekutiven Funktionen.

Differential diagnostisch müsse aufgrund des globalen Ausfall musters in der neu ro psychologischen Untersuchung vom 2 5. November 2013 allerdings auch an eine Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn gedacht werden, auch wenn die Demenzmarkerbestimmung im Liquor vom Juni 2013 dies bezüg lich nicht richtungsweisend ausgefallen sei (Tau/ pTau nicht erhöht). Für die Durch führung einer ergänzenden FDG-PET-Untersuchung des Hirns zur weite ren

diffe rentialdiagnostischen Eingrenzung des demenziellen Syndroms sei von Seite n der K rankenkasse des Beschwerdeführers keine Kosten gutschprache er teilt worden, wes halb sie eine klinische und neuro psy cho logische Verlaufs unter su chung in sechs Monaten zur Verlaufsbeurteilung em pfehlen würden. 3. 5

Am 1 2. Juni 2014 (Urk. 8 /60) hielt RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ fest, aus den neu ein ge reichten Berichten hätten keine neuen medizinischen Erkenntnisse ge won nen werden können. Es seien weder neue Funktionseinschränkungen noch neue Diagnosen gestellt worden. Der Psychostatus sei normal aus ge fal len, die be schrie be nen Einschränkungen seien hauptsächlich fremd anam nestischer Art und nicht überprüfbar ; eine bereits seit der Kindheit bestehende kognitive Schwäche sei überwiegend wahrscheinlich . Hinweise für eine neue demen z ielle Er krankung seien aufgrund diverser aufgedeckter In konsistenzen, Ver ständnis schwierig kei ten

(albanische Sprache) und geringer Schul bildung

nicht über wie gend wahr schein lich. 3. 6

Im Bericht vom 3. September 2014 (Urk. 11

) über die ambulante Be hand lung vom 1 7. Juli bis 3. September 2014 äusserten Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Dr. B.\_\_\_\_

einen Verdacht auf eine Demenz bei einer Alzheimer-Krankheit mit frühem Be ginn und differentialdiagnostisch eine frontotemporale Demenz ( behav io ral va ri ant Frontotemporal

Lobar Degeneration [ bvFTLD ; F02.0] ).

Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Dr. B.\_\_\_\_ hielten in ihrer Beurteilung fest, klinisch sowie in der ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung vom 17. Juli 2014 habe sich gegenüber der Voruntersuchung vom November 2013 ein im Wesentlichen stabiler bis leicht progredienter Verlauf der bekannten kognitiven Minderleistungen gezeigt, die von ihrem Ausprägungsgrad – vor dem Hintergrund der anamnestisch berichteten deutlichen Alltagseinschränkungen – aktuell weiterhin die Kriterien eines demenziellen Syndroms erfüllten. Nach erhaltener Kostengutsprache durch die Krankenkasse des Beschwerdeführers sei am 12. August 2014 eine 18F-FDG-PET-Untersuchung des Hirns zur weiteren differentialdiagnostischen Eingrenzung erfolgt, welche eine signifikante Minderleistung

biparietal (links > rechts) sowie temporal beidseits dokumentiert habe. Auch wenn Anamnese und Klinik des Beschwerdeführers insgesamt sehr suggestiv für die Verdachtsdiagnose einer frontotemporalen Demenz seien ( Verhaltensvariante ; „ possible

behavioral variant FTLD“ nach den revidierten Diagnosekriterien von 2011 [ Rascovsky 2011]), spreche das charakteristische Minderleistungsmuster in der FDG-PET-Untersuchung vom 12. August 2014 tendenziell eher für das Vorliegen einer Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn (Differentialdiagnose: klinisch atypische Verlaufsform mit im Vordergrund stehender Verhaltenssymptomatik ).

4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich massgeblich auf die Einschätzungen ihrer RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_

vom 28. Januar und 12. Juni 2014 (E.

3.3 und E.

3. 5

hier vor ), welche

sämtliche Tätigkeiten seit jeher und weiterhin zu 100 %

als zumutbar erachtete. Diese Einschätzungen ergingen nach Einsicht in die Berichte der behandelnden Ärzte und des polydisziplinären Gutachtens der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2014 (E. 3. 2 hier vor ). Eigene persönliche Untersuchung nahm Dr. H.\_\_\_\_ keine vor. 4.2

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strengere Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 465 E.

4.4; Bundesgerichtsurteil 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E.

4.1.3 mit weiteren Hinweisen). 4.3

Dr. H.\_\_\_\_

Einschätzung ist indes - ausgehend von der Rechtsprechung zum Beweiswert ärztlicher Berichte (E. 1.4

hier vor) - mit mehreren Mängeln behaftet:

Vorweg beruhen die Stellungnahmen nicht auf eigenen Untersuchungen, was bei ob jektiv feststehenden Leiden auch nicht erforderlich ist. Vorliegend sind der medizinische Sachverhalt und die gesundheitsbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers aber nicht abschliessend erstellt. Zudem fehlen eine umfassende

Untersuchung des psychiatrischen Gesundheitszustandes (inklusive einer Demenzabklärung) und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Wenn nun RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_ als Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin in einem fremden Fachgebiet ohne weitere verwaltungsinterne

oder - externe Begutachtung in Abweichung zur Beurteilung der Gutachter der MEDAS Z. \_\_\_ sowie der behandelnden Ärzte auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in

jedwelter Tätigkeit schliesst, kann - wie der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 3. Juli 2014 (Urk. 1) zu Recht monierte - auf ihre Ausführungen zum psychischen Gesundheitszustand und ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht entcheidend abgestellt werden. 4.4

Ebenso wenig kann auf die Beurteilung durch die

Gutachter der MEDAS Z. \_\_\_ abgestellt werden (E. 3.2 hier vor), da sie in Anbetracht der diagnostischen Unklarheiten eine weitere Abklärung als notwendig und die im Austrittsbericht der C. \_\_\_ vom 10. Oktober 2013 empfohlene Abklärung in einer Demenzsprechstunde oder in einer geeigneten Tagesklinik als sinnvoll erachteten. Ihre Beurteilung ist demnach nicht in abschliessender Weise zu verstehen. Ferner können die Schlussfolgerungen, wonach der Beschwerdeführer aufgrund des unklaren und instabilen Gesundheitszustandes sowie

bei der vorliegenden Befundlage

bis zur abschliessenden Diagnosestellung und Beurteilung zu 100% arbeitsunfähig sein soll, nicht nachvollzogen werden, da sie nicht weiter begründet wurden. 4.5

Nicht abgestellt kann im Weiteren auf die - sich betreffend Arbeitsfähigkeit äussernden - Einschätzungen von pract. med. E. \_\_\_ und Dr. med. I. \_\_\_, Oberarzt, C. \_\_\_, vom 15. März 2013 (Urk. 8/15) und von pract. med. E. \_\_\_ und von Dr. F. \_\_\_

vom 2. August 2013 (E. 3.1 hier vor). Was den Bericht vom 15.

März 2013 anbelangt, so hielten selbst die behandelnden Ärzte der C. \_\_\_ fest, dass die diagnostische Einordnung schwierig sei. Eine nähere Auseinandersetzung mit der gestellten Diagnose findet sich im Bericht nicht. Viel mehr stellten die behandelnden Ärzte bei ihrer Diagnosestellung und der attestierten generellen Arbeitsunfähigkeit vorwiegend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und die

fremdanamnestischen Angaben seiner Angehörigen ab. Ausser dem

wiesen die behandelnden Ärzte im psychopathologischen Befund vom 5. März 2013 vermehrt auf Verständigungsprobleme hin. Mit den möglichen Ursachen der aufgetretenen Verständigungsprobleme setzten sie sich hin gegen nicht

auseinander. Insofern ist der besagte Bericht für die streitigen Belange nicht umfassend.  
Nichts anderes gilt für den Bericht vom 2. August 2013 (E.

3.1 hievon), wird darin ebenfalls auf diagnostische Unklarheiten hingewiesen, ohne diese abschliessend klären zu können.

Hinzu kommt, dass prakt. med. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ die generell attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in ihrem Bericht vom

2. August 2013 nicht näher begründeten, weshalb ihre Einschätzung nicht prüfend nachvollzogen werden kann.

Den weiteren medizinischen Berichten von Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. Dr. B.\_\_\_\_ sind keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (vgl. E.

3.4, E.

3.6

hievon). Diese stellten ferner lediglich eine Verdachtsdiagnose und setzten sich nicht mit einer allfälligen bewusstseinsnahen Überzeichnung auseinander. 4.6

Nach dem Gesagten ist ein abschliessender Entscheid über die (Rest-)Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Aktenlage nicht möglich. Die angefochtene Verfügung ist demgemäss aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, dass sie den Beschwerdeführer ergänzend

abkläre und über seinen Rentenanspruch neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

## **E. 5**

. April 2013 (Urk.

### **E. 5.1**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Damit erweist sich das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung als gegenstandslos.

### **E. 5.2**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche unabhängig vom Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht) und vorliegend auf Fr. 900.-- (inklusive Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 12. Juni 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Dietrich

## **E. 8**

/58).

An der beschiedenen Beurteilung

hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Juni 2014 (Urk. 2) fest.

2.

Gegen die Verfügung vom 12 Juni 2014 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 3 . Juli 201 4 (Urk. 1 ) Beschwerde und be an tragte , die Verfügung vom

## **E. 12**

. Juni 2014 sei aufzuheben , und es sei

ihm eine ganze Rente zu zu sprechen. In pro zessua ler Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechts pflege. Mit Beschwerdeantwort vom 26 . August 201 4 (Urk. 7 ) schloss die IV-Stelle auf Ab wei sung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführe r am 27 . August 201 4

(Urk. 9 ) zur Kennt nis gebracht wurde. Mit Eingabe vom 1 7. September 2014 (Urk. 10)

legte der Beschwerdeführer ei ne n Bericht von Dr. med. A.\_\_\_\_ , Ober arzt, und Prof. Dr. med. B.\_\_\_\_ , Leitender Arzt ,

stv . Chefarzt, C.\_\_\_\_ , Klinik für Alterspsychiatrie, D.\_\_\_\_ , Ambu latorium, vom 3. Septem ber 2014 (Urk. 11) auf . Die Be schwerde gegnerin verzichtete am 29. September 2014 (Urk. 14) auf eine diesbezügliche Stellung nahme, was dem Be schwerde führer am 3 0. September 2014 (Urk. 15) zur Kenntnis gebracht wurde.

3.

Auf die Ausführungen der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfol gen den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 16**

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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).

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