

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00188 vom 30. November 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00188

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00188 du 30 novembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00188 del 30 novembre 2010

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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Ist ein Versicherter zu mindestens 40 % invalid, so hat er Anspruch auf eine Rente, die nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft wird: Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht ein 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. 1 IVG in der vom 1. Januar 2004 bis Ende 2007 in Kraft gestandenen Fassung).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (bis Ende 2007 gültig gewesene Fassung) frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig im Sinne von Art. 7 ATSG geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindesten zu 40 % arbeitsunfähig im Sinne von Art. 6 ATSG gewesen war (lit. b).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG (bis Ende 2007 gültig gewesene Fassung) 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 ziffermässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 Erw. 2; ZAK 1984 S. 133 Erw. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (seit 1. Januar 2004: oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) oder bei einer Verminderung der Hilflosigkeit (seit 1. März 2004: oder des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung zu Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. aus der jüngeren Rechtsprechung Urteile F. vom 15. März 2006, I 583/05, Erw. 2.3.2, R. vom 11. Januar 2005, I 444/04, Erw. 5.3.2, und P. vom 14. Dezember 2004, I 486/04, Erw. 3.1) ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben. Eine Aufhebung mit Wirkung auf das Ende des laufenden Monats ist nur dann - ausnahmsweise - zulässig, wenn die Änderung als dauerhaft und damit stabilisiert erscheint, was sich grundsätzlich nach demselben Massstab beurteilt, welcher auch bei der Prüfung des Vorliegens einer bleibenden Erwerbsunfähigkeit nach Art. 29 Abs. 1 lit. a IVG und Art.

29 IVV gilt (vgl. zitiertes Urteil F. vom 15. März 2006, I 583/05, Erw. 2.3.2). Ein ausgesprochen labil gewesenen Leiden hat nur dann als stabilisiert zu gelten, wenn sich sein Charakter derart geändert hat, dass vorausgesehen werden kann, in absehbarer Zeit werde keine praktisch erhebliche Wandlung mehr erfolgen (BGE 119 V 102 Erw. 4a, Urteil C. vom 20. November 2006, I 569/06, Erw. 3.3).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2.1. Dr. D. diagnostizierte in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 20. Februar 2006 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei Status nach Unfall vom 23. September 2003 mit leichter traumatischer Hirnverletzung und Fraktur des Condylus occipitalis links mit Dislokation nach medial um 3 mm, Rissquetschwunde occipital, ferner mit leichter bis mittelschwerer neurologischer Funktionsstörung (im Vordergrund Störung des Antriebs und der Affekt- und Stimmungsregulation, Minderleistungen bei mnestischen Aufgaben und Aufmerksamkeitsaufgaben). Die Schmerzstörung und die leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung stellen ihrer Ansicht nach einen massgebenden Gesundheitsschaden dar, wobei sich die anfänglich gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der fehlenden Kriterien nicht erhärtet habe. Die beiden Gesundheitsstörungen bewirkten seit Mitte 2004 eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit. Aus psychiatrischer Sicht erlaube die somatoforme Schmerzstörung in einer angepassten - beispielsweise sitzenden - Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %. Das vom Exploranden als traumatisch erlebte Unfallereignis und die daraus resultierende Selbstlimitierung - er hadere mit seinem Schicksal, sehe sich selbst als unheilbar krank - habe nebst der Schmerzstörung wesentlich zur Ausbreitung, Zunahme und Chronifizierung der Schmerzen geführt, die heute einen wesentlichen Faktor der zunehmenden Einschränkung des Exploranden bildeten, jedoch per se keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkten (Urk. 7/32 S. 9, 11).

2.2. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. E. vom 8. Januar 2007 findet sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.3) mit leichter bis mittelschwerer neuropsychologischer funktioneller Störung im Bereiche der Affektregulation, ausgeprägter Antriebsstörung und Leistungsdefiziten bei Aufgaben im Bereich von Aufmerksamkeit, Lösen von einfachen Rechenaufgaben und Gedächtnis bei Status nach Unfall vom 23. September 2003 mit leichter traumatischer Hirnverletzung und Fraktur des condylus occipitalis links mit Dislokation nach medial um 3 mm sowie Rissquetschwunde an occipital, ferner mit mittelschwerer depressiver Episode (ICD-10 F43.11), vorwiegend reaktiv auf die chronischen Schmerzen, und mit vor allem Analgetica-induzierten Kopfschmerzen. Aufgrund der medizinischen Vorakten wie auch

aufgrund der eigenen Untersuchung stehe die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ganz im Vordergrund. Typischerweise fehle es an einem somatischen Korrelat, das die ausgeprägten quälenden Schmerzen erklären würde. Außerdem beständen wesentliche psychosoziale Belastungsfaktoren. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien nur insofern gegeben, als Übererregbarkeit und Einschränkungen vorhanden seien. Doch fehle es an den Momenten der Intrusion beziehungsweise der flashbacks. Aus fachärztlicher Sicht bestehe aufgrund der invalidisierenden somatoformen Schmerzstörung spätestens seit Mitte 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % hinsichtlich jeglicher Tätigkeit (Urk. 7/37 S. 5 ff.).

2.3 Die Ärzte des Instituts F. diagnostizierten in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 5. März 2008 (Urk. 7/55), dem die medizinischen Vorakten, die Untersuchungen vom 6. Dezember 2007 sowie internistische, rheumatologische und psychiatrische Beurteilungen zugrunde liegen, eine leichte depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10 F32.0), ein chronisches generalisiertes, linksseitenbetontes myofasziales beziehungsweise tendomyogenes Schmerzsyndrom mit Akzentuierung eines cervicocephalen Schmerzsyndroms bei Fehlhaltung und skoliotischer Fehlstatik, mit ausgeprägter myostatischer Insuffizienz, bei Status nach HWS-Stauchungsverletzung am 23. September 2003 und im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ferner ein metabolisches Syndrom bei Adipositas Grad I nach WHO, mit BMI von 30.5 kg/m², mit gemischter Hyperlipidämie. Einen Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit billigten sie einzig der leichten depressiven Episode zu (Urk. 7/55 S. 34 f.).

Die dazu ist dem F.-Gutachten zu entnehmen, dass sich bei der allgemein-internistischen Untersuchung ein kardiopulmonal kompensierter, leicht adipöser Versicherter präsentiert habe. Bis auf die leichte Adipositas sei der klinische Status unauffällig. Laborchemisch seien sowohl die Cholesterin- als auch die Triglycerid-Werte erhöht, was bei der vorliegenden gemischten Hyperlipidämie als beginnendes metabolisches Syndrom zu diagnostizieren sei. Bei normalen Blutdruck- und Blutzuckerwerten fänden sich aktuell keine weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren. Der aktuelle neurologische Status sei unauffällig. Die Diagnose einer MTBI sei nicht ausgewiesen. Weder bildgebend noch klinisch habe bisher eine Hirnschädigung nachgewiesen werden können. Die früher beschriebenen neuropsychologischen Funktionsstörungen seien im Rahmen der psychiatrischen Problematik zu werten und nicht als Ausdruck einer Hirnschädigung zu interpretieren. Auch die diagnostischen Kriterien für sogenannte posttraumatische Kopfschmerzen seien nicht erfüllt. Aus internistischer und neurologischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen (Urk. 7/55 S. 37 f.).

Aus rheumatologischer Sicht erklärten sich die vom Versicherten beklagten Beschwerden - so die F. Gutachter weiter - teilweise aus einem myofaszialen beziehungsweise tendomyogenen Schmerzsyndrom bei erheblicher myostatischer Insuffizienz mit Fehlhaltung und Fehlstatik. Entgegen der subjektiven Empfindung des Versicherten, seine gesamte linke Körperhälfte sei minder empfindsam und kühler, imponierten im Bereich der oberen und unteren Extremitäten objektiv seitengleich normale Verhältnisse bezüglich Hautkolorit, Behaarungsmuster, Schweißsekretion und Temperatur. Die geklagte Hypästhesie der gesamten linken Körperhälfte entspreche keinem Dermatome. Insgesamt bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen dem

objektivierbaren klinischen und radiologischen Befund im Vergleich zu den vom Versicherten demonstrierten Beschwerden und Schmerzen (Urk. 7/55 S. 38 f.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Laut psychiatrischem Teilgutachten standen die rein somatisch nicht ausreichend erklärbaren Schmerzen im Hauptfokus der Aufmerksamkeit des Versicherten. Diesbezüglich bestehe ein deutlicher Leidensdruck. Das für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung massgebende Kriterium eines schwerwiegenden psychosozialen oder emotionalen Konflikts sei insofern gegeben, als es dem Versicherten nicht gelingt sei, sich in der Schweiz zu integrieren, und weitere belastende Faktoren gegeben seien wie familiäre Schwierigkeiten und Schuldgefühle gegenüber der Familie wegen der Arbeitsunfähigkeit. Während Dr. Keller im Gutachten vom 8. Januar 2007 noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert habe, sei die aktuelle depressive Symptomatik - auch aufgrund des vom Versicherten in der Hamilton Depressionsskala erreichten Werts von 18 Punkten - nur noch als leichte Depression einzustufen. Die seit dem Vorgutachten eingetretene deutliche Besserung erkläre sich sicherlich auch mit der Medikation von Efexor. Der Versicherte bestimme dies insofern, als er angebe, seit er Efexor einnehme, gehe es ihm besser, er sei weniger angespannt und ruhiger (Urk. 7/55 S. 39).

Â Â Â Â Â Â Â Â Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, der Versicherte sei aktuell aufgrund der psychiatrischen Problematik sowohl in der zuletzt ausgeführten körperlich leichten mit intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit als Hilfsarbeiter im Hochbau, mit häufigem Tragen und Heben von Lasten bis zu 10 kg und gelegentlichem Tragen von Lasten bis beziehungsweise über 25 kg, als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Aus rheumatologischer Sicht sei die Einschränkung nur qualitativer Art, indem bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit keine Lasten von mehr als 15 kg getragen beziehungsweise gehoben werden sollten (Urk. 7/55 S. 38, 39).

E. 3

3.1 Â Â Â Â Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2/1) davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 23. September 2003 in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter sowie in jeder anderen Tätigkeit zunächst vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei. Spätestens seit der Beurteilung von Dr. D. am 20. Februar 2006 sei von einer gesundheitlichen Verbesserung in dem Sinn auszugehen, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe, was einem Invaliditätsgrad von 64 % entspreche und per 1. Mai 2006 zur Herabsetzung der ganzen auf eine Dreiviertelsrente führe. Eine weitere gesundheitliche Verbesserung sei im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Ärzte des Instituts F. am 6. Dezember 2007 eingetreten. Während die IV-Stelle in der Rentenverfügung gestützt auf die in diesem Gutachten abschliessend festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit dem Versicherten einen Invaliditätsgrad von 43 % und damit einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. März 2008 zugestand, macht sie in der Beschwerdeantwort (Urk. 6) geltend, die im Psychiatrischen Teilgutachten enthaltene Zumutbarkeitsbeurteilung sei insofern nicht überzeugend, als die Diagnose einer leichten depressiven Episode ohne somatische Symptome vorübergehender Natur und somit nicht invalidisierend sei. Da laut F.-Gutachten auch aus somatischer Sicht keine Einschränkung mehr bestehe, könne höchstens noch von einem Invaliditätsgrad von 18 % ausgegangen werden, so

dass die Rente spätestens per März 2008 vollständig aufzuheben sei.

Instanz

(Erlassdatum)

Dokumenttyp

betreffend Urteil begründet

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Zeit vor Dr. D.____s Abklärung im Februar 2006 geht die IV-Stelle somit ohne weitere Begründung - offenbar aufgrund der von der Rehaklinik B.____ im Bericht vom 13. Mai 2004 (Urk. 7/17 S. 37 ff.) diagnostizierten, aber von Dr. D.____ nachträglich verworfenen Anpassungsstörung und der in diesem Bericht bescheinigten vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt - von einer durchgehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Für die Zeit danach bis zum Gutachten des Instituts F.____ vom 5. März 2008 stützt sie sich ausschliesslich auf Dr. D.____s Gutachten, das sie ursprünglich wegen angeblich verspätetem Eingang gar nicht als Beweismittel hatte akzeptieren wollen (Urk. 7/34, 7/58 S. 5). Das Gutachten von Dr. E.____ vom 8. Januar 2007, der - zusätzlich zu den von Dr. D.____ gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer leichten bis mittelschweren neurologischen Funktionsstörung - eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F43.11) anführt und die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht wie Dr. D.____ mit 50 %, sondern mit 100 % bemisst, lässt die IV-Stelle hingegen ohne Grundangabe ausser Acht. Schliesslich sollen gemäss dem in der Beschwerdeantwort vertretenen Standpunkt der IV-Stelle ab dem Zeitpunkt des Gutachtens des Instituts F.____ nur die darin aufgeführten Diagnosen, nicht aber die abschliessende Zumutbarkeitsbeurteilung der F.____-Gutachter Geltung haben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieses Vorgehen beruht nicht auf einer nachvollziehbaren Würdigung der eingeholten Beweismittel. So nimmt die IV-Stelle aufgrund der von Dr. D.____ im Gutachtenszeitpunkt bescheinigten 50%igen Arbeitsfähigkeit eine gesundheitliche Verbesserung an, ohne diese Gutachterin je zum Verlauf der Beschwerden seit dem Austritt aus der Rehaklinik B.____ befragt oder den genannten Austrittsbericht gewürdigt zu haben. Umgekehrt leitet die IV-Stelle aus der von Dr. E.____ am 8. Januar 2007 bei zusätzlichen Diagnosen bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht eine erneute Verschlechterung ab. Die unterschiedlichen Ergebnisse der knapp ein Jahr auseinander liegenden Gutachten von Dr. D.____ und von Dr. E.____ hätten es jedenfalls zumindest nahe gelegt, den zwischenzeitlichen Krankheitsverlauf durch Einholung der Berichte der behandelnden Ärzte zu klären. Sollte die IV-Stelle die Diskrepanzen zwischen den Gutachten von Dr. D.____ und Dr. E.____ jedoch als unterschiedliche Beurteilung eines unverändert gebliebenen Sachverhalts verstanden haben, so hätte sich die Einholung eines Obergutachtens aufgedrängt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies scheint indes nicht der Zweck der von der IV-Stelle angeordneten polydisziplinären Abklärung durch das Institut F.____ gewesen zu sein. Laut Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. März 2007 erachtete dieser vielmehr eine zusätzliche neurologische Abklärung im Hinblick auf eine mögliche Hirnschädigung als sinnvoll und eine Diskussion der Relevanz IV-fremder Faktoren sowie des Stellenwerts des Neuroleptikum hinsichtlich der vom Beschwerdeführer beklagten Gedächtnisstörungen als nötig (Urk. 7/58 S. 6-7). Ob

4. Bei diesem Verfahrensausgang, der einem Obsiegen des Beschwerdeführers gleich kommt (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), hat die Beschwerdegegnerin für das aufgrund Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtige Verfahren aufzukommen. Ferner ist sie unter Berücksichtigung der Honorarnote vom 29. November 2010 (Urk. 18) und gestützt auf Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG zu verpflichten, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Entschädigung von Fr. 5'057.20.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 20. Januar 2009 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden ihr nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 5'057.20.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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