

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00778 vom 20. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00778

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00778 du 20 août 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00778 del 20 agosto 2010

Erwägungen

E. 2.1

Streitig und zu präzisieren ist die Frage, ob ein Revisionsgrund vorliegt, und damit zusammenhängend die Frage nach der Rechtmässigkeit des Nichteintretensentscheides der Beschwerdegegnerin. Unbestritten ist, dass die materiellen Auswirkungen einer allfälligen Revision nicht Gegenstand dieses Verfahrens bilden (vgl. BGE 132 V 76 Erw. 1.1 mit Hinweis).

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Nichteintretensentscheid damit, dass es dem Beschwerdeführer bereits im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 14. Januar 2005 möglich und zumutbar gewesen sei, weitere Sachverhaltsabklärungen vornehmen zu lassen. Es liege deshalb keine unvermeidbare Nachlässigkeit vor. Das Z.____-Gutachten vom 21. November 2008 könne nicht als neues Beweismittel betrachtet werden, auch wenn es auf Grund der zeitlichen Abfolge des Verfahrens nicht im früheren Verfahren beigebracht werden könnten (Urk. 2 S. 1 f., Urk. 6).

E. 2.3

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, das Z.____-Gutachten stelle ein wichtiges neues Beweismittel dar, da darin mit grosser Wahrscheinlichkeit bereits für den Zeitpunkt des zu revidierenden Einspracheentscheides vom 14. Januar 2005 von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 25. Februar 2005 attestiert werde. Damit sei erstellt, dass schon im Zeitpunkt jenes Einspracheentscheides eine relevante Erwerbsunfähigkeit vorgelegen habe und bereits damals zumindest noch ein Gutachten hätte veranlasst werden sollen. Ein solches habe von ihm nicht früher beigebracht werden können, da es im damaligen Einspracheverfahren zu Unrecht nicht angeordnet worden sei. Die Beschwerdegegnerin habe mit dem Einspracheentscheid vom 14. Januar 2005 ihre Untersuchungspflicht verletzt; dies sei aufgrund des Z.____-Gutachtens offensichtlich. Es liege ein neues, entscheiderelevantes Beweismittel vor, weshalb auf das Revisionsbegehren einzutreten sei (Urk. 1 S. 4 f.).

E. 3.1

Dem Einspracheentscheid vom 14. Januar 2005 (Urk. 7/36) lagen, was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit betrifft, im Wesentlichen folgende Arztberichte zugrunde (vgl. Urk. 7/36 S. 3):

E. 3.2

Dr. med. B.____, Spezialarzt Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 20./21. Januar 2004 (Urk. 7/4/3-6) unter anderem einen depressiven Verstimmungszustand, welcher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Der Beschwerdeführer sei in psychiatrischer Therapie (Urk. 7/4/3-6 lit. A, lit. C Ziff. 6). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei er ganztags arbeitsfähig (Urk. 7/4/6), in der angestammten Tätigkeit seit 21. Oktober 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/4/3 lit. B).

E. 3.3

Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 4. Februar 2004 ein chronisches, depressives Syndrom ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/7/3 lit. A). Als Bauhilfsarbeiter sei der Beschwerdeführer seit 21. Oktober 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/7/3 lit. B). Parallel zur somatischen werde wegen der Depression eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt; der Beschwerdeführer nehme Antidepressiva (Urk. 7/7/4 lit. D Ziff. 3, Ziff. 7).

E. 3.4

Prof. Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Leitender Arzt am Schmerzzentrum der Klinik E.____, bei dem der Beschwerdeführer seit 3. Juli 2002 in Behandlung steht, diagnostizierte mit Bericht vom 1. Juli 2004 eine relevante Affektstörung, welche Zeichen einer sich chronifizierenden Depression sowie eine wahrscheinliche Panikstörung aufweise, zudem eine Angstsymptomatik. Dies wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 7/12/5 lit. A). In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit Oktober 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/12/5 lit. B).

In der Untersuchung imponiere er als deutlich psychisch dysbalanciert. Auffallend sei ein massives Misstrauen und eine enorme Ängstlichkeit in Bezug auf die Entwicklung des Leidens. In diesem Zusammenhang würden mehrere Beispiele von Landsleuten vorgebracht, die nach Berentung und Rückkehr in die Heimat innerhalb von einem Jahr gestorben seien. In Bezug auf die Schmerzsituation sei zu erfahren, dass keine Änderung stattgefunden habe. Der Beschwerdeführer dränge nach wie vor zur Arbeit, wobei er bislang mehrfach die Erfahrung gemacht habe, dass eine Belastung der lumbalen Region in seiner Tätigkeit als Bauarbeiter zu einer sofortigen Eskalation der Beschwerden führe, worauf er jeweils von seinem Arbeitgeber nach Hause entlassen werde. Es bestehe eine ausserordentlich unbefriedigende, unglückliche Situation für den Beschwerdeführer, der in seiner Tätigkeit als Bauarbeiter oder in einer sonstigen körperlichen Tätigkeit kaum berufsfähig sein werde (Urk. 7/12/6 lit. D Ziff. 5).

Die psychischen Funktionen des Beschwerdeführers seien alle infolge der Depression eingeschränkt. Die bisherige Berufstätigkeit sei nicht mehr, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei halbtags zumutbar (Urk. 7/12/4; Bericht vom 26. Juni 2004).

E. 3.5

Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, hielt am 9. August 2004 fest, es sei nicht einsehbar, weshalb der Beschwerdeführer bei den genannten somatischen Befunden behinderungsangepasst nicht zu 100 % arbeitsfähig sei. Prof. Dr. D.____ argumentiere hinsichtlich der Psyche des Beschwerdeführers nicht medizinisch, es fehlten Angaben zur

relevanten Affektstörung. Es schienen normalpsychologische, psychosoziale Ängste zu überwiegen. Eine klare psychiatrische Diagnostik sei nicht vorhanden; die von Prof. Dr. D. ___ angenommene behinderungsangepasste 50%ige Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Es sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/17/2).

E. 3.6

Gestützt auf diese Unterlagen errechnete die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 24 % und verneinte deshalb mit Verfügung vom 21. September 2004 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 7/19). Einspracheweise verlangte der Beschwerdeführer daraufhin, es sei ein Gutachten bei einem Facharzt für Psychologie bzw. Psychiatrie in Auftrag zu geben (Urk. 7/25/2). Mit Schreiben vom 9. November 2004 hielt Prof. Dr. D. ___ fest, dem Beschwerdeführer sei gekündigt worden, was zu einer grossen Existenzsorge und zur Entwicklung einer depressiv-dysphorischen Symptomatik geführt habe, welche zuvor nicht in dieser Form vorhanden gewesen sei und sich nun in massiver Weise auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/31 S. 1).

E. 3.7

Dazu führte RAD-Arzt Dr. med. G. ___, Praktischer Arzt FMH, am 7. Januar 2005 aus, Prof. Dr. D. ___ argumentiere mit psychosozialen Problemen, welche jedoch versicherungsmedizinisch ausgeschieden werden müssten. Relevante psychiatrische Diagnosen lägen nicht vor. Prof. Dr. D. ___ habe im Rahmen der Befunderhebung ausführlich die psychosoziale Situation dargelegt, wie unbefriedigend die Situation für den Beschwerdeführer sei, dass wohl kaum eine Chance für eine Umschulung bestehe und dass sich eine langwierige Auseinandersetzung mit der Sozialversicherung anbahne. Mit keinem Wort werde auf das aktuelle, klinisch relevante Beschwerdebild Bezug genommen. Es liege somit kein medizinischer Befund vor. Begründet werde die vollständige Arbeitsunfähigkeit mit depressiven Symptomen, die durch keinen konkreten Befund ausgewiesen seien, aber im Wesentlichen einer verständlichen depressiven Reaktion bezüglich der derzeitigen Situation entsprechen. Die Forderung nach einer psychiatrischen Begutachtung sei unverständlich, da der behandelnde Facharzt keine IV-relevante Diagnose stelle (Urk. 7/34/2-3).

E. 4.1

Dr. B. ___ und Dr. C. ___ diagnostizierten einen depressiven Verstimmungszustand (Bericht vom 21. Januar 2004; Urk. 7/4/3 lit. A) und ein chronisches depressives Syndrom (Bericht vom 4. Februar 2004; Urk. 7/7/3 lit. A) und gingen davon aus, dass dies keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe. Nachdem diese beiden Ärzte jedoch keine psychiatrische Fachausbildung haben, kann auf deren Einschätzung nicht ohne weiteres abgestellt werden.

E. 4.2

Prof. Dr. D. ___ diagnostizierte eine relevante Affektstörung mit Zeichen einer sich chronifizierenden Depression und einer wahrscheinlichen Panikstörung sowie eine Angstsymptomatik, was sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke (Bericht vom 1. Juli 2004; Urk. 7/12/5 lit. A). Prof. Dr. D. ___ unterliess es jedoch, diese Diagnose anhand konkreter, den ICD-Klassifikationen entsprechender Befunde zu untermauern (vgl. Urk. 7/12/6 lit. D Ziff. 5), und beschränkte sich weitgehend auf eine

Beschreibung der sozialen Situation des Beschwerdeführers. Dass Prof. Dr. D. ___ von einer infolge der Depression auf 50 % herabgesetzten Arbeitsfähigkeit ausging (vgl. Urk. 7/12/4), erscheint deshalb als ungenügend begründet. Mit anderen Worten vermag der Bericht von Prof. Dr. D. ___ den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.3) nur begrenzt zu genügen. Es ist daher nachvollziehbar, dass RAD-Arzt Dr. F. ___ im Jahr 2004 mangels klarer psychiatrischer Diagnostik von einer vollständigen behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausging (Urk. 7/17/2). Daran vermag das Schreiben von Prof. Dr. D. ___ vom 9. November 2004, wonach der Beschwerdeführer nach der Kündigung unter grossen Existenzsorgen und einer depressiv-dysphorischen Symptomatik leide und deshalb zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/31), nichts zu ändern, handelt es sich dabei doch nicht um einen Arztbericht im eigentlichen Sinn (vgl. vorstehend Erw. 1.3). Diesbezüglich kann auf die Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. G. ___ vom 7. Januar 2005 verwiesen werden (Urk. 7/34/2-3).

E. 4.3

Wenngleich eine konkrete psychiatrische Diagnose im Zeitpunkt des renten-abweisenden Einspracheentscheides vom 14. Januar 2005 (Urk. 7/36) somit nicht vorlag, bestanden Hinweise auf eine schwierige psychosoziale Situation. Der Beschwerdeführer hatte denn einspracheweise auch eine psychiatrische Begutachtung verlangt (vgl. Urk. 7/25/2), unterliess es jedoch, den auch diesbezüglich abweisenden Einspracheentscheid (vgl. Urk. 7/36 S. 3) anzufechten und eine neue Begutachtung zu verlangen. Somit erscheint die damalige Einschätzung einer vollständigen behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit und die Verneinung eines Rentenanspruchs (Urk. 7/19) als nachvollziehbar.

Bei dieser Aktenlage war die Beschwerdegegnerin jedenfalls nicht verpflichtet, weitere Abklärungen vorzunehmen.

E. 5.1

In der Folge ergingen zum psychischen Zustand des Beschwerdeführers weitere (Fach-)Arztberichte. Die Ärzte am Universitätsspital V. ___ führten mit Bericht vom 25. Februar 2005 (Urk. 7/55/11-12) aus, dass das lumbosakrale chronische Schmerzsyndrom neben organischen auch eine psychogene Ursache habe. Es zeige sich im Gespräch eine starke Fixierung auf die Schmerzen, was den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung erhöhte. Ein begleitendes depressives Syndrom liege ebenfalls vor, was in der äusserst angespannten psychosozialen Situation des Beschwerdeführers umso schwerer wiege. Dieser habe im Dezember 2004 seine Stelle verloren, was unglücklicherweise zur selben Zeit auch seiner Ehefrau widerfahren sei, die zur Zeit an einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert sei. Der Beschwerdeführer sei zur Zeit fürsorgeabhängig und habe zudem emotional für seine Kinder zu sorgen; er fühle sich der ganzen Situation nicht gewachsen (Urk. 7/55/12).

E. 5.2

Die Ärzte der Klinik H. ___, wo sich der Beschwerdeführer vom 3. März 2005 bis 24. März 2005 stationär aufhielt, stellten mit Austrittsbericht vom 4. April 2005 (Urk. 7/55/13-15) folgende Diagnosen (Urk. 7/55/13):

1. somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

- chronisches lumbosakrales Syndrom

- muskuläre Dysbalance, Osteochondrose L5/S1, Retrolisthesis L5, Diskus-protrusion L5, Spondylarthrose L4/5, L5/S1 keine Wurzelkompression

- zervikozephal, zervikales Schmerzsyndrom

2. rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelschwere Episode (F33.1)

- psychosoziale Belastungen

Im Rahmen der Therapie habe sich der psychische und physische Zustand nur sehr langsam stabilisiert. Wahrscheinlich habe der langwierige Verlauf, das Erleben von Hilflosigkeit mit vielfach fehlgeschlagenen Therapieversuchen sowie die erschwerende Hospitalisation der Ehefrau das Abgleiten in eine passive Krankheitsrolle zusätzlich gefördert. Es bestehe ein Teufelskreis mit gegenseitiger Verstärkung von Schmerz und Depression. Eine Fortsetzung der physio- und psychotherapeutischen Therapien werde dringend empfohlen. Aktuell sei der Beschwerdeführer für weitere drei Wochen, voraussichtlich längerfristig, zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/55/15).

E. 5.3

Zuhanden des damaligen Rechtsvertreters des Beschwerdeführers führten die Ärzte der Klinik H. mit Bericht vom 8. Juli 2005 (Urk. 7/43/13) aus, dass aufgrund der depressiven Störung eine deutliche Einschränkung des Konzentrationsvermögens, der Auffassungsgabe, der Anpassungsfähigkeit und der allgemeinen Belastbarkeit bestehe, so dass der Beschwerdeführer auch diesbezüglich zu 100 % arbeitsunfähig sei.

Insgesamt sei er in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab 24. März 2005 für drei Wochen arbeitsunfähig. Da es sich bei einer somatoformen Schmerzstörung in Verbindung mit einer depressiven Störung um einen langfristigen Behandlungsansatz handle, könne man keine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vornehmen. Grundsätzlich halte man einen beruflichen Wiedereinstieg für weiterhin unbedingt erstrebenswert, jedoch vorläufig nicht für realistisch (Urk. 7/43/13).

E. 5.4

Dr. med. I., Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, hielt in seinem am 27. März 2006 zuhanden des Taggeldversicherers eingegangenen Bericht (Urk. 7/55/17-23) fest, der Beschwerdeführer gehe infolge der depressiven Entwicklung etwa einmal monatlich zu Prof. Dr. D. in die Schmerzprechstunde (vgl. Urk. 7/55/19). Nebst der körperlichen Einschränkung liege möglicherweise auch eine bedeutsame psychische Störung vor, weshalb Dr. I. ein psychiatrisches Gutachten empfahl. Sollte sich dabei herausstellen, dass der Beschwerdeführer nicht über 50 % arbeitsfähig sei, sei eine erneute IV-Anmeldung in Erwägung zu ziehen (Urk. 7/55/22 Ziff. 7).

E. 5.5

Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstattete Dr. med. J., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, am 11. Juli 2006 ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/55/24-36).

Dr. J. konnte zum damaligen Zeitpunkt keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Erkrankung diagnostizieren. Insbesondere habe zum Untersuchungszeitpunkt keine so gravierende depressive Symptomatik vorgelegen, dass der Beschwerdeführer nicht einer seiner somatisch diagnostizierten Störungen berücksichtigende Tätigkeit nachgehen könne. Er habe zudem bis vor kurzem nie entsprechende psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen. Gegen das Vorliegen einer Somatisierungsstörung spreche der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer im

Kollegenkreis ganz unauffällig zu bewegen scheine. Seine Persönlichkeit weise histrionische und unreife Züge auf. Aus psychiatrischer Sicht sei deshalb keine Arbeitsunfähigkeit mehr ausgewiesen (Urk. 7/55/34 unten f.).

E. 5.6

Vom 2. November 2006 bis 8. Dezember 2006 befand sich der Beschwerdeführer im Kriseninterventionszentrum K. in stationärer Behandlung. Diagnostiziert wurde eine rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F33.10) auf dem Boden einer paranoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4; Urk. 7/43/10).

E. 5.7

Vom 1. Januar 2007 bis 1. Februar 2007 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Klinik L. auf. Die Austrittsdiagnose lautete wie folgt (Urk. 7/43/7-9):

1. anamnestic bekannte paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0)
2. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)
3. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4).

Die Behandlung sei vor allem wegen der sprachlichen Barrieren, der belastenden familiären Situation und den fehlenden Coping-Strategien erschwert. Man habe den Beschwerdeführer zu einer Langzeittherapie im Psychiatricentrum M. motivieren können, wo er am 1. Februar 2007 eintrete (Urk. 7/43/8f).

E. 5.8

Die Ärzte des Psychiatricentrums M., wo sich der Beschwerdeführer bis 5. April 2007 aufhielt (Urk. 7/53/2 Ziff. 4.1), diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) sowie einen Verdacht auf eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0; undatierter Bericht; Urk. 7/53/1). In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 1. Februar 2007 bis 5. April 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Konzentrationsvermögen und Belastbarkeit seien eingeschränkt. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei ein Pensum von 50 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 7/53/1 ff.).

Der Psychostatus bei Eintritt habe einen wachen, bewussteinaklen und zu allen Qualitäten orientierten Patienten gezeigt. Auffallend sei ein enorm introvertiertes, distanziertes und misstrauisches Verhalten. Er sei schwer ratlos und affektarm, jedoch schwingungsfähig. Die Grundstimmung sei deprimiert, der Beschwerdeführer äußere die Ansicht, dass es am besten wäre, wenn seine ganze Familie nicht mehr existieren würde. Er teile mit, Schmerzen zu haben, der ganze Körper tue ihm weh. Das Denken sei auf die Schwere der Situation eingengt. Der Beschwerdeführer habe von der Behandlung profitieren können, es sei jedoch bei Überforderung und Belastungssituationen zu erwarten, dass es zu einer Verschlechterung des psychischen wie auch des somatischen Zustandes komme (Urk. 7/53/6f.).

E. 5.9

Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 16. August 2007 (Urk. 7/56/1-3) folgende, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnose (Urk. 7/56/1 lit. A):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)
- Persönlichkeitsstörung mit dissozialen (ICD-10 F60.2) und paranoiden Zügen (ICD-10 F60.0) auf Borderline-Organisationsniveau
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5)

Diese Beschwerden hätten ab 2006 zugenommen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer, der seit 13. April 2006 bei ihm in Behandlung stehe, seit April 2006 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/56/1 lit. A-B, lit. C Ziff. 1). Das Gutachten von Dr. J.____ habe wenig Aussagekraft und erlaube keine abschliessende Beurteilung des Beschwerdeführers, da die Kommunikation an der Krankheit und der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers gescheitert sei. Zudem habe es der Gutachter versäumt, mit dem Hausarzt und mit Dr. N.____ zu sprechen (Urk. 7/56/3).

Es imponiere vor allem das innerlich angespannte, aggressive Verhalten, welches das Helfernetz oft bis an die Schmerzgrenze belaste. Dass der Beschwerdeführer dieses für seine Umgebung sehr belastende Verhalten nicht als eigenes Problem wahrnehme, sei typisch für diese Persönlichkeitsstörung. Trotz des Einsatzes von zum Teil hochdosierten Medikamenten habe bisher nur eine teilweise Stabilisierung des Befindens erreicht werden können. Angesichts der langen Dauer, der Schwere und der Art des Krankheitsbildes sei davon auszugehen, dass dieses im besten Fall in diesem Mass weiterbestehen werde. Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben (Urk. 7/56/3).

E. 5.10

Die Ärzte des Instituts Z.____ stellten in ihrem am 21. November 2008 unter Einbezug der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung erstatteten Gutachten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/81 S. 17):

1. Ä Ä mässig ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom bei radiologisch nachgewiesenen Spondylarthrosen L4 bis S1 und mässiggradige Diskopathie L4/L5 und L5/S1
2. Ä Ä rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradig mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11)
3. Ä Ä anamnestisch Persönlichkeitsstörung vom paranoiden Typ mit Borderline-Organisationsniveau (ICD-10 F60.0)
4. Ä Ä anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45-4).

Der psychiatrische Konsiliarius hielt fest, eine Reintegration sei höchst ungewiss, da die Krankheit des Beschwerdeführers doch schwerwiegend sei. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die Integrationsbemühungen immer wieder Rückschläge erlitten oder ganz scheiterten. Der Beschwerdeführer leide an einer Symptomatik, von der er sich aus freiem Willen nicht befreien könne. Aggravation oder Simulation seien ausgeschlossen, da die diesbezüglichen Befunde fehlten. Der Beschwerdeführer komme seiner Schadenminderungspflicht insofern nach, als er sich in psychiatrische

Behandlung beuge und die Medikamente offensichtlich einnehme (Urk. 7/81/16).

In einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit möglichst wechselnder Körperhaltung bestehe gemäss neurologischer und internistischer Beurteilung keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Die heute gegebene Arbeitsunfähigkeit sei rein psychiatrisch begründet und deren Dauer nicht absehbar. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die vorliegende psychiatrische Symptomatik die Arbeitsfähigkeit (richtig wohl: Arbeitsunfähigkeit), entsprechend der Aktenlage, ab Beginn der stationären Behandlung in der Klinik H.____ und dem psychosozialen Konsilium am Universitätsspital V.____ vom 25. Februar 2005, mit 100 % bemessen werden müsse. In der Folge sei es nie zu einer Remission, auch nicht teilweise, gekommen. Die Situation habe sich eher verschlechtert bis hin zu Suizidalität und zum förmlichen Freiheitsentzug. Vorher habe mit grosser Wahrscheinlichkeit aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, es könne dies aber aufgrund der Aktenlage nicht definitiv beurteilt werden. Die Beurteilung durch Dr. J.____ könne somit nicht übernommen werden (Urk. 7/81/22 Ziff. 7.4).

E. 6.1

Das Gutachten von Dr. J.____ vom 11. Juli 2006 (Urk. 7/55/24-36) vermag den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht nicht vollumfänglich zu genügen, wurde es doch in Unkenntnis der vollständigen Aktenlage erstellt: Beispielsweise lag Dr. J.____ der Bericht der Ärzte des Spitals V.____ vom 22. Februar 2005 nicht vor. Auch die Berichte von Prof. Dr. D.____, vom 26. April 2004 und 9. November 2004, sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. I.____ vom 27. März 2006 waren Dr. J.____ nach Lage der Akten nicht bekannt (vgl. Urk. 7/55/26-28). Damit erstellte Dr. J.____ sein Gutachten in Unkenntnis der Vorakten. Darüber hinaus unterliess es Dr. J.____, den behandelnden Psychiater Dr. N.____ zu konsultieren. Und schliesslich leuchtet die von ihm vorgenommene Darlegung der medizinischen Zusammenhänge nicht restlos ein, stützte Dr. J.____ seine Beurteilung doch offenbar wesentlich auf die Auskunft eines Mitarbeiters der ehemaligen Arbeitgeberfirma des Versicherten, wonach dieser sich im Kollegenkreis völlig unauffällig bewege (vgl. Urk. 7/55/34-35).

E. 6.2

Den übrigen medizinischen Akten ist übereinstimmend und schlüssig zu entnehmen, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab Februar 2005 verschlechterte und sich dies wesentlich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkte. Es wurden zunehmend stationäre Aufenthalte notwendig (vgl. vorstehend Erw. 5.1-5.4. und 5.6-5.10). Insbesondere das Z.____-Gutachten vom 21. November 2008 erfüllt die praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.3), da es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet. Die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet und es wurde auch die Abweichung zur von Dr. J.____ vorgenommenen Beurteilung diskutiert (vgl. Urk. 7/81 S. 22 Ziff. 7.4).

E. 7.1

Gestützt auf die medizinischen Akten wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 14. Juli 2009 (Urk. 7/107) bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente ab Juni 2006 zugesprochen. Hierzu führte die Beschwerdegegnerin aus, der Beschwerdeführer sei seit 25. Februar 2005, dem Beginn der einjährigen Wartezeit, in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Aus ärztlicher Sicht sei dem Beschwerdeführer zur Zeit keine Erwerbstätigkeit mehr zuzumuten (Urk. 7/107/2). Da jedoch die Anmeldung mehr als zwölf Monate nach Entstehung des Anspruchs erfolgt sei, würden die Leistungen lediglich für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet. Diese Feststellungen werden vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

E. 7.2

Hingegen macht der Beschwerdeführer geltend, dass aufgrund des Z.____-Gutachtens vom 21. November 2008 (Urk. 7/81) bereits vor und im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 14. Januar 2005 eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % gegeben gewesen sei (vgl. Urk. 1 S. 5 oben).

E. 7.3

Diesbezüglich hielten die Z.____-Gutachter fest, dass vor dem 25. Februar 2005 mit grosser Wahrscheinlichkeit aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, dies aber aufgrund der Aktenlage nicht definitiv beurteilt werden könne (Urk. 7/81 S. 22 Ziff. 7.4). Eine neue Diagnose wurde für diesen Zeitraum nicht gestellt. Nebst dem Umstand, dass die Gutachter ihre Einschätzung ausdrücklich als nicht abschliessend beurteilbar formulierten, verwiesen sie damit auf die bereits früher bekannt gewesenen, in den Akten erwähnten psychischen Probleme des Beschwerdeführers. Dies schliesst die Annahme einer neuen Tatsache im revisionsrechtlichen Sinn aus. Als "neu" gelten nur Tatsachen, welche sich bis zum Zeitpunkt, da im Hauptverfahren noch tatsächliche Vorbringen prozessual zulässig waren, verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren (BGE 108 V 170 Erw. 1). Die Tatsache, dass er bereits im Zeitpunkt des Einspracheentscheides vom 14. Januar 2005 an psychischen Problemen litt, war dem Beschwerdeführer bekannt. Dass er deshalb - und auch dies nur möglicherweise - arbeitsunfähig gewesen sein könnte, gilt nicht als "neue Tatsache" im Rechtssinne, sondern lediglich als neue Würdigung einer bereits bestehenden Tatsache. Revisionsrechtlich ist ausschlaggebend, dass das zur Begründung angeführte Beweismittel nicht bloss der Tatbestandswürdigung, sondern der Tatbestandsermittlung dient. Es geht daher nicht, dass ein neues Gutachten den Sachverhalt anders bewertet; vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, welche die Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen. Für die Revision eines Entscheides geht es nicht, dass der Gutachter aus den im Zeitpunkt des Hauptentscheides - vorliegend des Einspracheentscheides vom 14. Januar 2005 - bekannten Tatsachen nachträglich andere Schlussfolgerungen zieht als die früher entscheidende Instanz. Auch ist ein Revisionsgrund nicht schon gegeben, wenn die Verwaltung bereits im Hauptverfahren bekannte Tatsachen möglicherweise unrichtig gewürdigt hat. Notwendig ist vielmehr, dass die unrichtige Würdigung erfolgte, weil für den Entscheid wesentliche Tatsachen nicht bekannt waren oder unbewiesen blieben (BGE 108 V 170 Erw. 1). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

E. 8.1

Nach dem Gesagten steht fest, dass kein Revisionsgrund vorliegt. Die Beschwer-degegnerin trat somit zu Recht nicht auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers ein. Damit bleibt es beim Beginn des Wartjahres am 25. Februar 2005 und damit der Zusprache einer ganzen Rente ab Juni 2006. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 8.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Gemeinde W. ____, Sozialbehörde
- AXA Versicherungen AG

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes 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.