

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00816 vom 31. Juli 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-07-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00816](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00816)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00816 du 31 juillet 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00816 del 31 luglio 2012

## Erwägungen

### E. 2

Scaphoidfraktur links

- konservative Behandlung mittels Scaphoidgips, aktuell beschwerdefrei
- B. Anpassungsstörung mit dysphorisch-depressiver Symptomatik und maladaptivem Überzeugungs- und Bewältigungsmuster bei psycho-sozialer Belastung (ICD-10: F43.21, Z56)
- C. Hypertriglyceridämie und Hypercholesterinämie mit ungünstigem TC/HDL-TC Quotienten von 8
- D. Leicht erhöhte Leberwerte unklarer Aetiologie, CDT negativ

4.1 Sie führten in ihrer Beurteilung im Wesentlichen aus, das arbeitsrelevante Problem betreffe den linken Fuss. In seiner angestammten Tätigkeit sei der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, eine vorwiegend sitzende Tätigkeit sei ihm aber aktuell zumutbar (Urk. 7/21 S. 4 f.).

4.4 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 14. September 2004 stellte der zuständige Arzt der SUVA, Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, zusammenfassend fest, die Scaphoidfraktur sei problemlos abgeheilt, es bestehe eine minimale Belastungsintoleranz bei voller Beweglichkeit im Bereich Handgelenk/Daumengrundgelenk. Bezüglich der Calcaneusfrakturen bestehe eine erhebliche Belastungsintoleranz des linken OSG/USG mit Gelenkunregelmässigkeiten im USG und leichter Formveränderung des Calcaneus. Es seien beginnende arthrotische Veränderungen feststellbar und es bestehe eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung durch Irritation der Peronäussehne. In den letzten Wochen gebe der Versicherte zudem Schmerzen in beiden Hüftgelenken an. Der Versicherte habe seine angestammte Tätigkeit nie mehr aufgenommen; wohl gerechtfertigterweise wegen der Restsymptomatik nach Calcaneusfraktur. Wechselbelastende Tätigkeiten seien jedoch zumutbar, soweit sie folgendem Profil entsprechen: Vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit aufzustehen und herumzugehen; Gehen während der Arbeitszeit mehrere Male 20 Meter möglich, Zusatzbelastungen stehend vom Boden bis Tischhöhe vereinzelt im Ausmass von 20 kg möglich (Urk. 7/27).

4.5 Am 5. September 2006 hielt der behandelnde Psychiater Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gegenüber dem Rechtsvertreter des Versicherten fest, in psychiatrischer Hinsicht habe der Versicherte eine chronische Depression und schwere Schlafprobleme; in Bezug auf die Zukunft sei er hoffnungslos und

versuche zu akzeptieren, dass er sich mit den Schmerzen arrangieren müsste. Er werde mit Surmontil behandelt. Aus psychiatrischer Sicht wäre die Arbeitsfähigkeit ein Segen und es würde dem Versicherten sehr helfen, wenn er arbeiten könnte. Aus somatischer Sicht, d.h. mit diesen Schmerzen, glaube er (Dr. E.\_\_\_\_) nicht, dass es dem Versicherten möglich sei, längere Zeit (deren Dauer genauer evaluiert werden müsste) zu sitzen oder zu stehen. Zusätzlich sei die Konzentrationsfähigkeit einerseits durch die dauernden Schmerzen und andererseits aber auch durch die Medikamente stark eingeschränkt. Ohne Arbeitsversuch könne zur Arbeitsfähigkeit keine Stellung genommen werden (Urk. 7/48).

4.6 Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, erhob in seinem an Dr. E.\_\_\_\_ gerichteten Bericht vom 5. Dezember 2006 folgende Diagnosen:

- 1. Radikuläres Reizsyndrom S1 links bei
- Status nach axialer Traumatisierung der Wirbelsäule am 8. Februar 2003
- 2. Intraartikuläre Joint-Depression-Fraktur Calcaneus links am 8. Februar 2003 mit/bei
- offener Reposition 15. Februar 2003, OSME 15. April 2004
- Sekundärer USG Arthrose
- Im Verlauf beschriebener CRPS am linken Fuss

### **E. 3**

Status nach konservativ behandelter Scaphoidfraktur links bei gleichem Unfall

-

### **E. 4**

Status nach os scaphoideum Hand links (S62.00)

-

### **E. 5**

Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (M54.5)

-

### **E. 6**

Rezidivierende depressive Stimmung, derzeitig mittelgradig (F33.1)

-

### **E. 7**

Diabetes mellitus Typ II (E.11.9)

-

### **E. 8**

Arterielle Hypertonie (I 10)

Die für den Bericht verantwortlich zeichnenden Ärzte führten im Wesentlichen aus, der Versicherte sei bei obengenannten Diagnosen zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden. Im Verlauf des Aufenthalts habe er im Rahmen des interdisziplinären Therapieprogramms gesamthaft psychophysisch gut rekonduzieren sowie Schmerz copingstrategien erarbeiten und anwenden können. Zusätzlich habe er Strategien bei Aggression und Anspannung erlernen und anwenden und ruhiger werden können. Auch seine Selbstsorge und das Selbstvertrauen habe er zu steigern vermocht. Die Therapieziele hätten in allen Bereichen erreicht werden können. Eine weitere Psychotherapie sei unbedingt empfohlen, um den Versicherten beim Umsetzen der Strategien zuhause weiter zu unterstützen. Zur Erhaltung der Tagesstruktur sei die Integration in die Tagesklinik empfohlen. Bis zum 25. Juni 2008 sei eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Umfang von 100 % ausgestellt worden. Da die Weiterführung des ambulanten Programms dringend indiziert sei, sollte eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit weiterhin attestiert werden. Je nach weiterem Verlauf sei gegebenenfalls die Aufnahme einer stundenweisen Tätigkeit in geschütztem Rahmen oder im Rahmen von Umschulungsmassnahmen empfohlen, um eine gewisse Tagesstruktur und Anerkennung zu gewährleisten (Urk. 7/57 S. 49 ff).

In dem von der IV-Stelle veranlassten polydisziplinären Gutachten der A. vom 14. August 2008 hatten die für das Gutachten verantwortlich zeichnenden Fachärzte (Dr. med. G., Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Dr. med. H., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Dr. med. I., Facharzt FMH für Rheumatologie) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/57 S. 23 f):

- 1. Status nach Calcaneus-Fraktur links am 8. Februar 2003 mit Status nach offener Reposition und Osteosynthese am 15. Februar 2003
- Status nach CRPS im Verlauf (2005)
- sekundäre USG-Arthrose links
- 2. Chronisches Lumbovertebral-Syndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein bei degenerativer Diskopathie LWK3 bis S1 (MRI der LWS vom 09.01.2007)
- Begleitende Ansatzendinose am medialen Beckenkamm links mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein.

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie:

- 1. Leichtgradige depressive Episode (ICD 10 -F 32.0)
- 2. Diabetes mellitus Typ II
- 3. Arterielle Hypertonie

In rheumatologischer Hinsicht führten die Ärzte im Wesentlichen aus, der Versicherte habe beim Unfall eine Calcaneus-Fraktur links erlitten, die operativ behandelt worden sei. Im weiteren Verlauf habe sich gemäss Akten ein Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) eingestellt, das sich jedoch wieder zurückgebildet habe. Zudem sei eine USG-Arthrose dokumentiert, dies im Sinne einer posttraumatischen sekundären degenerativen Veränderung. Eine gleichzeitig erlittene Scaphoidfraktur an der linken Handwurzel sei konservativ behandelt worden. Diesbezüglich bestehe aktuell kein relevantes Gesundheitsproblem mehr. Mittels MRI vom 9. Januar 2007 seien

Diskopathien der LWK3 bis S1 dargestellt worden mit Diskusprotrusionen ohne Hernie oder Kompression von neuralen Strukturen; diese degenerativen Veränderungen könnten für die vorhandene Kreuzschmerzproblematik mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins linke Bein verantwortlich gemacht werden. Eine radikuläre Reizsymptomatik könne nicht bestätigt werden. Da eine verminderte Belastbarkeit des Fusses gegeben sei, bestehe aus rheumatologischer Sicht seit dem Unfall und andauernd eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, sich gelegentlich zu erheben und etwas umherzugehen und bei in der Regel leichten bis intermittierend mittelschweren Gewichtsbelastungen sei jedoch zumutbar. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik erscheine die Leistungsfähigkeit durch einen etwas erhöhten Pausenbedarf jedoch um ca. 10 % eingeschränkt. Es seien hierfür sowohl die Schmerzen am linken Fuss wie auch die Kreuzschmerzen und die ansatzendinotischen Beckenkammschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein verantwortlich (Urk. 7/57 S. 21 und 36 ff).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht hielten sie im Wesentlichen fest, anlässlich der Untersuchung hätten Schmerzen im Bereich des linken Fusses sowie in der Wirbelsäulenregion nachgewiesen werden können. Diese Schmerzen liessen sich mit Blick auf die somatischen Akten hinreichend durch körperliche Störungen erklären, weshalb die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgeschlossen werden könne (Urk. 7/57. S. 17). Anamnestisch liessen sich beim Versicherten des weiteren Symptome eruieren, welche die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien erfüllten (Durchschlafstörung, zeitweise auftretende Müdigkeit, verminderte Kraft und Energie, wechselhafte Stimmung, verminderte Fähigkeit, Freude zu empfinden, Vergesslichkeit, zeitweise verminderte Konzentrationsfähigkeit, vermindertes Selbstvertrauen, manchmal auftretendes Gefühl der Sinnlosigkeit). In ursächlicher Hinsicht seien für die depressive Episode die andauernden Schmerzen aber auch die Tatsache des Geschlechtsverlustes zu nennen. Unter Berücksichtigung der heutigen Untersuchungssituation, in welcher sich die Stimmung im Verlaufe des Gespräches ein wenig aufgehellt und der Versicherte einen zusehends lebendigeren Eindruck hinterlassen habe, sei der Schweregrad der depressiven Episode als leicht zu beurteilen. Im Vergleich zu den Befunden des psychosomatischen Konsiliums der Klinik C. \_\_\_ vom 31. März 2004 sei es bis heute zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik gekommen. Aufgrund der längeren Dauer derselben könne nicht mehr von einer Anpassungsstörung ausgegangen werden, weshalb nach ICD-10 eine depressive Episode zu diagnostizieren sei. Ebenfalls sei im Vergleich zu den Befunden laut nachträglich eingegangenem Bericht der B. \_\_\_ vom 1. Juli 2008 eine Verbesserung der depressiven Symptomatik zu erkennen; im Bericht werde denn auch beschrieben, dass es bereits während des Aufenthaltes zu einer Verbesserung gekommen sei. Anlässlich der Untersuchung habe der Versicherte keine Angaben darüber gemacht, dass er sich in einer Tagesklinik befinde, wie dies von der B. \_\_\_ vorgeschlagen worden sei, was ebenfalls für den festgestellten, aktuell leichten Schweregrad der Depression spreche. Aus der diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode lasse sich aus psychiatrischer Sicht weder in der bisher ausgeübten noch in einer alternativen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. Es sei dem Versicherten zuzumuten, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, einer 100%igen Tätigkeit uneingeschränkt nachzugehen (Urk. 7/57 S. 17 ff. und 46 ff.).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ Gesamtmedizinisch sei dem Versicherten seit dem Unfall die angestammte Tätigkeit als Maler andauernd nicht mehr zuzumuten. Seit der Beurteilung durch den Kreisarzt im September 2003 bestehe bis zum Begutachtungszeitpunkt - mit Ausnahme der Zeit der Hospitalisation sowie mit Ausnahme der Phase der Erkrankung am CPRS im Jahre 2005 - in einer adaptierten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit Einschränkung der Leistungsfähigkeit bedingt durch den etwas erhöhten Pausenbedarf von zehn Prozent (Urk. 7/57 S. 26 f.).

^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ ^ An ihren Einschätzungen hielten die verantwortlichen Ärzte auch in den Stellungnahmen und ergänzenden Ausführungen vom 11. März 2009 (Dr. I. \_\_\_) beziehungsweise vom 13. März 2009 (Dr. H. \_\_\_) fest (vgl. Urk. 7/69).

4.9 ^ ^ ^ ^ Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle führte am 16. April 2009 zum Gutachten der A. \_\_\_ zusammenfassend aus, ab Unfalldatum könne von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Vor allem aufgrund der Depressionssymptome könne bis zur Beendigung des Aufenthalts in der B. \_\_\_ eine hochgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (ca. 75 % bis 80 %) auch für jede angepasste Tätigkeit angenommen werden. Danach sei von einer Besserung auszugehen mit nur noch insgesamt gesehen um 10 % eingeschränkter Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit (d.h. 90 % angepasst; vgl. Urk. 7/81 S. 5).

5. ^ ^ ^ ^ ^ ^ Bezüglich des Gutachtens der A. \_\_\_ vom 14. August 2008 ist in grundsätzlicher Hinsicht festzustellen, dass es auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind, womit es - vorbehaltlich des unter E. 6.3 am Schluss und E. 7.3 hernach Ausgeführten - für die vorliegenden Belange umfassend ist. Dass das Gutachten der A. \_\_\_ im Zeitpunkt der Leistungszusprache (8. Juli 2010) bereits zwei Jahre alt war, wie der Beschwerdeführer geltend machen lässt, vermag dessen Beweiswert noch nicht grundsätzlich in Frage zu stellen. Soweit gleichzeitig vorgebracht wird, seit der Begutachtung (jedoch vor dem Verfügungszeitpunkt als der zeitlichen Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis [vgl. etwa BGE 129 V 356 Erw. 1, 129 V 169 Erw. 1, 129 V 4 Erw. 1.2, je mit Hinweisen]) sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 31. März 2011, 8C\_831/2010, E. 7.2), wird darauf unter Berücksichtigung der Berichte des behandelnden Rheumatologen Dr. med. F. \_\_\_ vom 30. August 2010 nachfolgend einzugehen sein.

6.

6.1 ^ ^ ^ ^ In rheumatologischer Hinsicht lässt der Versicherte - gestützt auf die bereits vor Ergehen des angefochtenen Entscheides bei der IV-Stelle eingereichten Berichte des behandelnden Rheumatologen Dr. F. \_\_\_ (vom 21. Oktober 2008 [Urk. 7/65] und vom 28. September 2009 [Urk. 7/76]) sowie dem beschwerdeweise neu eingereichten Bericht vom 30. August 2010 (Urk. 3/1) - bestreiten, dass er in leidensangepasster Tätigkeit im Umfang von 90 % arbeitsfähig sei. Er beanstandet vor allem, dass die lumbale Problematik sowie das diagnostizierte cerviko-radikuläre Reizsyndrom nicht hinreichend berücksichtigt beziehungsweise in die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung einbezogen worden

seien; die cervikale Problematik habe sich zudem seit 2009 verschlechtert (Urk. 1).

6.2. Was zunächst die lumbale Problematik betrifft, fand diese angesichts der im Gutachten gestellten Diagnosen offensichtlich Berücksichtigung. Als dann begründete Dr. I. seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (namentlich auch vor dem Hintergrund der übrigen medizinischen Vorakten) überzeugend, zumal er sich auch einlässlich mit den abweichenden Einschätzungen von Dr. F. auseinandersetzte (vgl. etwa Urk. 7/57, S. 23, ferner ergänzende Stellungnahme vom 11. März 2009, Urk. 7/69 S. 4 ff.). Dass Dr. F. bezüglich der lumbalen Problematik - abweichend von Dr. I. - in erster Linie von einer radikalen Reizsymptomatik S1 ausgeht und gestützt darauf eine geringere Belastbarkeit beziehungsweise höhere Arbeitsunfähigkeit annimmt, vermag die Einschätzung von Dr. I. nicht entscheidend in Frage zu stellen. So konnte die von Dr. F. postulierte These einer radikalen Reizsymptomatik S1 von keinem der anderen untersuchenden oder mit dem Beschwerdeführer befassten Fachärzte vollends bestätigt werden (vgl. etwa ärztliche Beurteilung der K. vom 8. Januar 2007, Urk. 7/52 S. 24 oder der SUVA vom 26. September 2007, Urk. 7/52 S. 2).

6.3. Was die cervikale Problematik betrifft, ergibt sich aufgrund der Akten Folgendes: Mit seinem Schreiben vom 28. September 2009 an den Rechtsvertreter des Versicherten hielt Dr. F. erstmals fest, dass es im Oktober 2007 (erstmalig) zu einem cervikoradikalen Reizsyndrom C6/7 links gekommen sei. Es habe eine Schmerzausstrahlung von radikalem Charakter im Sinne von brennend ziehenden Schmerzen in den Zeigefinger links und zum Teil Mittelfinger bestanden; die Schmerzen hätten durch Extension und Seitneigung der HWS nach links provoziert werden können. Diese Situation habe sich unter einem Steroidstoss über 2 1/2 Wochen beruhigt und es sei kurzfristig kein Rezidiv mehr aufgetreten; in der Folge sei es noch zweimal zu akuten Rezidiven mit der gleichen Symptomatik gekommen (am 8. Juli 2008 und 26. Januar 2009), wobei in beiden Fällen erneut ein Steroidstoss über zwei bis drei Wochen durchgeführt worden sei (vgl. Urk. 7/76 S. 4). Dass die cervikale Problematik anlässlich der Begutachtung durch Dr. I. am 23. Juni 2008 unzulänglich berücksichtigt worden sei, kann indes dennoch nicht gesagt werden. Denn wie sich aus dem Gutachten ergibt, klagte der Versicherte anlässlich der rheumatologischen Begutachtung nicht über entsprechende Beschwerden (Urk. 7/57 S. 30) und der Untersuchung durch Dr. I. ergab keine Hinweise auf eine Problematik im Nackenbereich; vielmehr stellte Dr. I. unauffällige Bewegungsausmasse im Bereich der HWS ohne (jegliche) Schmerzprovokation fest (Urk. 7/57 S. 32). Da sich auch aus den übrigen medizinischen Vorakten, namentlich aus dem Bericht der B. (Urk. 7/57 S. 49 ff.), keine Hinweise auf eine cervikale Problematik ergeben, rechtfertigt sich die Annahme, dass sich die bis zum Begutachtungszeitpunkt durch Dr. I. (im Juni 2008) nur einmalig aufgetretene, rund neun Monate zurückliegende und auch nach Angaben von Dr. F. nach 2 1/2 Wochen abgeklungene Symptomatik jedenfalls bis zum Begutachtungszeitpunkt nicht weiter ausgewirkt hatte.

Anders verhält es sich demgegenüber insoweit, als für den Zeitpunkt nach der Begutachtung weitere Rezidive geltend gemacht werden und Dr. F. in seinem Schreiben vom 30. August 2010 (Urk. 3/1) ab August 2009 eine Verschlechterung der diesbezüglichen Problematik beschreibt. Da sich diese Problematik nach Dr. F. auch in einer leidensangepassten sitzenden Tätigkeiten limitierend auswirkt (und zwar nicht nur bezüglich der Sensibilität im Bereich des linken Daumens,

sondern nach Angaben von Dr. F.\_\_\_\_ die Belastbarkeit auch in zeitlicher Hinsicht zusätzlich einschränkt [Urk. 3/1 S. 2]), ist dem Beschwerdeführer darin zu folgen, dass der entscheidungsrelevante Sachverhalt insoweit ungenügend erstellt ist.

7.

7.1 In psychiatrischer Hinsicht macht der Beschwerdeführer geltend, es sei von einer höheren Arbeitsunfähigkeit als der von Dr. H.\_\_\_\_ festgestellten auszugehen. Er verweist dabei zum einen auf die Angaben des seit 2006 behandelnden Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_, welcher in seinen Stellungnahmen zum Gutachten der A.\_\_\_\_ abweichende Diagnosen erhebt (mittelgradige rezidivierende depressive Störung ICD-10, F33.1, Anpassungsstörung ICD-10 F43.21/43.22 sowie andauernde Persönlichkeitsstörung nach chronischen Schmerzen ICD-10 F62.80; vgl. Stellungnahmen vom 30. September 2008, Urk. 7/66 und vom 25. Oktober 2009; Urk. 7/76). Zum andern legte er im vorinstanzlichen Verfahren einen Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ins Recht, worin dieser aufgrund einer Untersuchung des Versicherten vom 2. Oktober 2008 neben einer mittelgradigen depressiven Episode eine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte (Bericht vom 3. November 2008, Urk. 6/67).

7.2 Was zunächst die von Dr. E.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung nach ICD-10 F.43.21 betrifft, erscheint diese schon daher nicht plausibel, weil Anpassungsstörungen in der Regel innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis eintreten und nicht länger als 2 Jahre dauern, während vorliegend seit dem belastenden Ereignis schon fünf Jahre vergangen waren (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch Diagnostische Leitlinien, ICD-10 Kapitel V (F), 6. Auflage, S. 185); in diesem Sinne hat Dr. H.\_\_\_\_ eine solche Diagnose denn auch nachvollziehbar verneint (Urk. 7/57 S. 47). Die von Dr. L.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung vermag die Beurteilung von Dr. H.\_\_\_\_ nach Lage der Akten nicht in Frage zu stellen, hatte dieser das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung - welche einzig noch im Bericht der B.\_\_\_\_ und zudem als blosse Verdachtsdiagnose Erwähnung fand - unter Hinweis auf das vorhandene somatische Korrelat der Schmerzproblematik doch nachvollziehbar verworfen (vgl. Urk. 7/67, vgl. auch Stellungnahme vom 13. März 2009; Urk. 7/69 S. 17). Auch die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_, wonach beim Versicherten im Begutachtungszeitpunkt (lediglich) eine leichte depressive Episode bestand, kann angesichts der bei der Exploration erhobenen objektiven psychopathologischen Befunde grundsätzlich nachvollzogen werden (Urk. 7/57 S. 44 f). Sie erscheint auch insoweit plausibel, als die anlässlich der Begutachtung gemachten Angaben des Versicherten, wonach er den behandelnden Psychiater normalerweise alle vier bis fünf Wochen für die Dauer von jeweils 30 bis 75 Minuten treffe (Urk. 7/57 S.13 und 44), jedenfalls nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen lassen. Ausserdem war gemäss Bericht der B.\_\_\_\_ vom 1. Juli 2008, wo sich der Versicherte vom 8. Mai bis 11. Juni 2008 und somit unmittelbar vor der (psychiatrischen) Begutachtung (vom 13. Juni 2008; vgl. Urk. 7/57 S. 40) aufgehalten hatte, zwar noch die Eintrittsdiagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradig (ICD-10. F 33.1) erhoben worden, die behandelnden Fachpersonen vermochten jedoch im Verlauf des mehrwöchigen Aufenthalts eine Verbesserung des psychophysischen Zustandes festzustellen (vgl. Urk. 7/57 S. 49 ff.).



6.2), sind die präzisierenden Angaben gestützt auf die verfügbaren echtzeitlichen Akten vorzunehmen.

8. Die Sache ist demnach zur Ergänzung und Präzisierung des Gutachtens (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) bezüglich der in E. 6.3 in fine und E. 7.3 aufgeworfenen Fragen mit anschliessender gesamtmedizinischer Würdigung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

9. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Entscheid vom 8. Juli 2010 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 Anspruch auf eine Invalidenrente neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 3'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Urs Christen
- 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 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.