

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00297 vom 23. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00297

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00297 du 23 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00297 del 23 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

Der 1951 geborene X.____ meldete sich am 26. März 2008 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zur Früherfassung an. Dabei gab er an, er leide an einer depressiven Störung sowie an einem Erschöpfungssyndrom (Urk. 9/3). Die Abklärungen im Rahmen der Früherfassung ergaben keine Notwendigkeit zur Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Meldung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. April 2008, Urk. 9/10).

Am 20. November 2008 meldete sich der Versicherte zum Rentenbezug bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung an, unter Hinweis auf eine rezidivierende depressive Störung und eine weiterhin bestehende teilweise Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/11/7). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und die medizinischen Verhältnisse ab (Urk. 9/15 ff.) und sprach dem Versicherten mit Verfügung vom 5. Februar 2010 vom 1. Mai 2008 bis am 30. September 2008 eine halbe Invalidenrente, vom 1. Oktober 2008 bis am 28. Februar 2009 eine Viertelsrente und vom 1. Dezember 2008 befristet bis am 30. September 2009 eine Dreiviertelsrente zu

(Urk. 9/36/2). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

Mit Schreiben vom 25. November 2011 meldete sich der Versicherte wiederum zum Leistungsbezug an, da sich sein Gesundheitszustand wieder verschlechtert habe (Urk. 9/45). Daraufhin holte die IV-Stelle ärztliche Berichte des behandelnden Psychiaters PD Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (Urk. 9/47, Urk. 9/53, Urk. 9/54), liess durch Dr. med. Dipl.-Psych. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten erstatten (Gutachten vom 22. März 2011, Urk. 9/50) sowie zweimal ergänzen (Bericht vom 12. Mai 2011, Urk. 9/55, sowie Bericht vom 10. Dezember 2011, Urk. 9/71) und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 24. Juni 2011 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 9/58).

Der Versicherte liess dagegen mit Eingabe vom 22. August 2011 Einwand erheben (Urk. 9/64). Zusammen mit einem weiteren Schreiben vom

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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer

Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 könnte; 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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.2

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 256 E. 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen

Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 25. November 2010 (Urk. 9/45) eingetreten.

Streitig ist, ob nach der letzten Rentenauszahlung

im September 2009 erneut ein Rentenanspruch entstanden ist, wie dies mit der Neuanschuldung geltend gemacht wurde. Das beurteilt sich in analoger Anwendung der für die Rentenrevidierung geltenden Regeln. Massgeblich ist demnach, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dabei bildet in zeitlicher Hinsicht die letzte, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhende, rechtskräftige Verfügung den Ausgangspunkt und die streitige Verfügung den Endpunkt für die Beurteilung, ob eine solche Änderung eingetreten ist (vgl. Art. 17 Abs. 1 ATSG; BGE 133 V 263 und 108; 130 V 71).

Demnach ist zu prüfen, ob sich seit der Verfügung vom 5. Februar 2010, mit welcher ein befristeter Leistungsanspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente vom 1. Mai 2008 bis am 30. September 2008, auf eine Viertelsrente vom 1. Oktober 2008 bis am 28. Februar 2009 und auf eine Dreiviertelsrente vom 1. Dezember 2008 bis am 30. September 2009 anerkannt worden war (Urk. 9/36/2), bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Februar 2012 (Urk. 2) der massgebliche medizinische oder wirtschaftliche Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch so erheblichen Weise verändert hat, dass der Beschwerdeführer erneut Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, es liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor, der eine längerfristige, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die vollzeitliche Ausübung der bisherigen Tätigkeit zuzumuten (Urk. 2). In der Replik ergänzte sie, die psychische Störung des Beschwerdeführers sei psychosozial bedingt. Zudem liege beim Beschwerdeführer gemäss Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eine Anpassungsstörung vor, welche keine relevante, längerfristige und dauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöge (Urk. 8 S. 2). 2.3

Der Beschwerdeführer wendet dagegen im Wesentlichen ein, das Gutachten von Dr. Z.____, auf welches die IV-Stelle abgestellt habe, sei in vielen Punkten widersprüchlich und nicht nachvollziehbar. Beispielsweise könne die psychische Störung nicht auf psychosoziale Faktoren zurückgeführt werden, denn sie verlaufe fluktuierend, währenddem sich an den psychosozialen Umständen nichts geändert habe. Des Weiteren sei die Aussage von Dr. Z.____, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden nicht zu objektivieren gewesen seien, falsch.

Denn

erstens habe Dr. Z.____ gar nicht versucht, sie beispielsweise durch psychiatrische oder psychologische Tests oder durch eine neuropsychologische Untersuchung zu objektivieren,

und zudem seien sie durch die neuropsychologischen Abklärungen von Dr. A.____ und Dr. B.____ objektiv ausgewiesen. Im Übrigen sei irrelevant, dass der Beschwerdeführer allenfalls noch so leistungsfähig wie eine gleichaltrige Durchschnittsperson sei, sondern es komme darauf an, dass er nicht mehr so leistungsfähig sei wie vor dem Ein treten der psychischen Störung. Darüber hinaus bemängelt der Beschwerdeführer den von der IV-Stelle durchgeführten Einkommensvergleich. Auch sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin vor wenigen Jahren mit den gleichen Befunden das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens anerkannt habe, diesen nun aber in Abrede stelle (Urk. 1). 3. 3.1

Die abgestufte befristete Rente von Anfang Mai 2008 bis Ende September 2009 wurde dem Beschwerdeführer im Wesentlichen gestützt auf die Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. Y.____, welcher eine mittelgradige depressive Störung sowie ein Erschöpfungssyndrom diagnostizierte, zugesprochen. Dem Beschwerdeführer war jedoch auch von lic. phil. C.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/MAS und Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, beide von der Klinik E.____, eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und ein Erschöpfungssyndrom (ICD-10: Z73.0) attestiert worden (Bericht vom 29. Juni 2007, Urk. 9/17/10). Nachdem der Versicherte am 21. August 2009 mitgeteilt hatte, dass er seit dem 1. Juli 2009 wieder zu 70 % arbeite, wurde die rückwirkend zugesprochene Rente bis Ende September 2009 befristet (Urk. 9/28/3-5). 3.2

PD Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im nach der Neuanmeldung verfassten Bericht vom 10. Januar 2011 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig in einer mittel schweren Episode (ICD-10: F33.1) sowie eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10: Z63.0, richtig wohl Z73.0) auf. Er schätzte den Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Unternehmensberater ab 1. Oktober 2010 als zu 40 % arbeitsunfähig ein (Urk. 3/3 = Urk. 9/47).

Der Beschwerdeführer gab in seiner Neuanmeldung vom 25. November 2010 an, sein Arbeitspensum entsprechend der Empfehlung seines Arztes reduziert zu haben (Urk. 9/45). 3.3

Dr. med. Dipl.-Psych. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Gutachten vom 22. März 2011 folgende Diagnosen auf (Urk. 9/50/11): psychische Störungen im Rahmen einer umfassenden und existenziellen psychosozialen Krise mit zeitweise schweren respektive mit mittelgradigen depressiven Episoden (Status nach ICD-10: F32.2/1), Beginn vor circa vier Jahren, gegenwärtig psychische Störungen im Ausmass leichter depressiver Störungen (ICD-10: F32.0). Als in Erwägung zu ziehende Differentialdiagnose nannte er Anpassungsstörungen bei sich wandelnden psychosozialen Umständen (ICD-10: F43.2; Urk. 9/50/9, Urk. 9/50/11).

Dr. Z.____ beschrieb, durch Veränderungen der beruflichen Lebenswelt seien beim Versicherten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgetreten. Infolge negativer interpersoneller Erlebnisse am Arbeitsplatz wie auch zunehmender Überforderungen sei der Versicherte in eine existenzielle Krise geraten, welche zum Überdenken grundlegender zukünftiger Lebensstrategien geführt habe. Hierbei seien zeitweise sehr beeinträchtigende psychische Störungen aufgetreten, sodass zeitweise ein psychisches Leiden mit Krankheitswert bestanden habe (Urk. 9/50/15).

Im Gespräch bemerkte Dr. Z.____ keine wesentlichen Anhaltspunkte für Störungen des Bewusstseins und der Orientierung wie auch von Aufmerksamkeit, Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis. Er befand, der Beschwerdeführer verfüge im Sprachlichen über adäquate Fähigkeiten im Erfassen von Zusammenhängen und Abstraktionsfähigkeit wie auch in der Unterscheidung von Wesentlichem und Unwesentlichem bei adäquater reduzierter Wortflüssigkeit. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer weder gehemmt noch verlangsamt oder anderweitig gestört. Die Affektivität sei gezeichnet von Ratlosigkeit und deprimierter Hoffnungslosigkeit. Eine leichte Ängstlichkeit sei gegenwärtig spürbar, bei verständlichen Insuffizienzgefühlen und Sorgen um die Zukunft. Im Antrieb sei der Beschwerdeführer etwas arm, nicht gehemmt oder gesteigert, psychomotorisch etwas verlangsamt wirkend. Es lägen

keine Morgentiefs vor, aber ein teilweise sozialer Rückzug (Urk. 9/50/8).

Die gegenwärtig geschilderten Störungen aus dem depressiven Formenkreis weisen nach der Einschätzung von Dr. Z.____ ein geringfügiges Ausmass aus. Im Vergleich zum prämorbidem Niveau aus der Zeit seiner Unternehmertätigkeit lägen gegenwärtig sicherlich noch Einschränkungen der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit vor. Das frühere Niveau sei jedoch angesichts der psychosozialen Lebensumstände, insbesondere dem Alter entsprechend, nicht mehr zu erreichen. Die gegenwärtigen psychischen Störungen würden nicht auf dem Vorliegen einer progredienten und schwerwiegenden psychischen Störung beruhen. Mit grosser Wahrscheinlichkeit werde sich der Versicherte auf einem neuen und für ihn guten Niveau stabilisieren. Von einer schwerwiegenden und weiterhin andauernden psychiatrischen Erkrankung sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auszugehen (Urk. 9/50/14). 3. 4

In seinem Bericht vom 26. April 2011 nannte Dr. Y.____ weiterhin die Diagnose einer in einer mittelschweren Episode befindlichen rezidivierenden depressiven Störung sowie neu einer generalisierten Angststörung (ICD-10: F41.1). Seit dem 15. April 2011 betrage die Arbeitsunfähigkeit als Unternehmensberater 60%. Dabei beschrieb er als psychisch einschränkende Befunde eine deutliche Tendenz zu Grübeln und Gedankenkreisen, rasche Ermüdbarkeit, markante Konzentrationsstörungen, bedrückte Stimmung, verminderten Antrieb, Lustverminderung, ein Gefühl der inneren Leere sowie erhebliche Selbstzweifel und Durchschlafstörungen (Urk. 3/4 = Urk. 9/54/2). 3.5

Am 12. Mai 2011 führte Dr. Z.____ ergänzend aus, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine schwerwiegende und andauernde psychische Erkrankung vorgelegen hätten. Ebenso wenig bestünden Anhaltspunkte für gravierende und anhaltende psychische Defizite. In diesem Sinne gehe er von einem optimistischen Verlauf aus. In Bezug auf eine gewöhnlicherweise anzunehmende beziehungsweise zumutbare Willensanstrengung lägen beim Beschwerdeführer keinerlei medizinisch respektive psychiatrisch begründbaren Einschränkungen vor (Urk. 9/55/2). 3. 6

Dr. med. F.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie und Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), nahm am 16. Juni 2011 gestützt auf das Gutachten von Dr. Z.____ dahingehend Stellung, dass aufgrund der dargelegten objektiven Befunde von einer Anpassungsstörung auszugehen sei, welche keine relevante längerfristige, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründe. Dem Versicherten sei eine Willensanstrengung zur Überwindung der im Subjektiven verbleibenden Defizite zumutbar. Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. Z.____ hätten keine Anhaltspunkte für eine

schwerwiegende und andauernde psychiatrische Erkrankung vorgelegen (Urk. 9/56/4). 3.7

Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie, und Prof. Dr. phil. A.____, Neuropsychologin, untersuchten den Beschwerdeführer am 18. August 2011 neuropsychologisch. Sie hielten fest, der depressiv gestimmte Beschwerdeführer zeige Leistungsminderungen in der Konzentration und Aufmerksamkeit, im Lernen und Gedächtnis, im kognitiven Umstellen sowie im sprachlichen Konzeptdenken und im Schreiben. Die Leistungsminderungen seien leicht bis mittelschwer ausgeprägt. Die sprachlich betonten Funktionsstörungen liessen sich mit der frühkindlich erworbenen zerebralen Dysfunktion (mit legasthenischem Syndrom) und zusätzlich auch mit der Depression vereinbaren. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom Juli 2008 seien Konzentrations- und Gedächtnisleistungen unverändert, die kognitive Flexibilität sei diskret schwächer, das heisst rigider geworden. Aus neuropsychologischer Sicht werde die Verminderung der Arbeitsfähigkeit auf circa 40 % geschätzt (Urk. 3/5 = Urk. 9/69). 3.8

Dr. Y.____ führte in seiner Stellungnahme vom 26. September 2011 zum Gutachten von Dr. Z.____ aus, der Beschwerdeführer habe sich im Jahr 2007, von Oktober bis Dezember 2008, von Februar bis April 2010 sowie von Oktober 2010 bis auf Weiteres in jeweils mindestens mittelgradigen depressiven Episoden befunden. Dieser fluktuierende Verlauf habe bei weitgehend gleichbleibenden psychosozialen Bedingungen stattgefunden. Deshalb sei es nicht möglich, daraus eine Korrelation der Exazerbationen mit erschwerten psychosozialen Belastungen abzuleiten. Vielmehr sei es so, dass der Beschwerdeführer in den depressiven Phasen jeweils seine berufliche Situation stark verzerrt negativistisch wahrgenommen und bewertet habe (Urk. 9/68/1). Dies sei Ausdruck seiner depressiven Symptomatik in Form von Zwangsgrübeln gewesen. Eine Anpassungsstörung gemäss ICD-10 liege nicht vor, da die depressive Störung nicht innert dreier Monate nach dem Belastungsereignis, sondern erst etwa ein Jahr nach den psychosozialen Veränderungen aufgetreten sei. Zudem sei die Maximaldauer von zwei Jahren bereits um etwa zwei weitere Jahre überschritten. Des Weiteren spreche auch die familiäre Belastung mit Depressionen für eine signifikante Beteiligung von endogenen Komponenten (Urk. 9/68/2). Eine generalisierte Angststörung habe er diagnostiziert, weil permanente Sorgen um die berufliche und finanzielle Zukunft sowie die Gesundheit zusammen mit einem gewissen Hyperarousal (Übererregung) vorhanden gewesen seien. Auch das Ansprechen des Beschwerdeführers auf die Medikation mit Lyrica spreche für die Richtigkeit der Diagnose.

Des Weiteren verwies Dr. Y.____ auf die neuropsychologische Untersuchung (vorstehend E. 3.7) und hielt fest, dass Hinweise für eine anhaltende Rückfallfreiheit fehlen würden (Urk. 9/68/3). 3.9

Dr. Z.____ entgegnete darauf, die Angaben zu Dauer und Schwere der Symptome im ICD-10 seien als allgemeine Leitlinien und nicht als genau einzuhaltende Kriterien anzusehen. Es könne nicht sein, dass jeder, der Symptome wie „Tendenz zu Grübeln und Gedankenkreisen, rasche Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, bedrückte Stimmung, verminderter Antrieb, Lustverminderung, Gefühl innerer Leere, Selbstzweifel und Durchschlafstörungen“ angebe, an einer invalidenversicherungspflichtig relevanten mittelschweren Depression leide. Für die Auswirkungen der depressiven Episode auf die Arbeitsfähigkeit seien insbesondere die „objektive“ Schwere der Symptomatik und die psychosozialen Zusammenhänge, in welchen die Symptome auftreten, massgebend. Beim Beschwerdeführer seien die psychischen Störungen gut nachvollziehbare Reaktionen auf

übermässige psychosoziale Belastungen (Urk. 9/71/5-6) . So sei es unweigerlich, dass es bei den geschilderten Umständen mit Belastungen im Arbeitsverhältnis und Schwierigkeiten im Geschäft der Ehefrau sowie einem altersbedingten Abbau der Leistungsfähigkeit bei zunehmender Überlastung zu einer Dekompensation in Form von psychischen Störungen komme (Urk. 9/71/7). Nach einer solchen Dekompensation in fortgeschrittenem Alter (über 50) sei die Wiedererlangung einer früheren Leistungsfähigkeit wie auch die einer gehobenen geschäftlichen Position verständlicherweise nur schwer möglich. In diesem Sinn seien auch psychische Leidenszustände bis hin zur „Depression“ gut nachvollziehbar als Folge des Verlustes der früheren Integrität. Die chronischen Überlastungen müssen dabei nicht durch die konkreten Verhältnisse bedingt sein, sondern seien mehrheitlich durch entsprechende Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung, insbesondere der weniger belastbaren eigenen Grenzen bedingt (Urk. 9/71/7). Beim Beschwerdeführer sei keine schwerwiegende psychopathologische Symptomatik „objektiv“ zu erkennen gewesen (Urk. 9/71/8). Des Weiteren merkte Dr. Z.____ an, dass neuropsychologische Testuntersuchungen bei der Begutachtung in Bezug auf Leistungserbringung nicht aussagekräftig sein können, weil sich die Zielstreben widersprechen würden. Die Arbeitsfähigkeit könne aber auch nicht aufgrund psychischer Befunde beurteilt werden, welche überwiegend subjektiver Art seien (Urk. 9/71/9).

4. 4.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass bereits Uneinigkeit besteht, ob der Beschwerdeführer einen psychischen Gesundheitsschaden aufweist, der eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Die IV-Stelle stütze sich bei ihrer Entscheidung auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes sowie auf das Gutachten und dessen Ergänzungen von Dr. Z.____ . 4.2

Dr. Z.____ stufte die bisherigen von den anderen Ärzten eingeschätzten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und die entsprechenden Arbeitsunfähigkeitszeugnisse als adäquat ein. In diesem Sinne sei von einer wechselnden Arbeitsunfähigkeit seit April 2007 auszugehen (Urk. 9/50/12). Ebenso bestehe Einigkeit in Bezug auf Anamnese, Befunde und Diagnosen. Unklarheit bestehe lediglich bei der Frage, ob beim Beschwerdeführer ein gravierender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die zukünftige Arbeitsfähigkeit vorliege (Urk. 9/50/13). Dementsprechend diagnostizierte er einen Status nach schweren und mittelgradigen depressiven Episoden, ging jedoch für den Zeitpunkt der Untersuchung nur von einer leichten depressiven Episode aus (Urk. 9/50/11). Dies begründete er damit, dass Störungen aus dem depressiven Formenkreis gegenwärtig in einem eher geringgradig erscheinenden Ausmass geschildert worden seien (Urk. 9/50/14). Zu seinen Befunden gelangte er mittels eines Gesprächs nicht dokumentierter Dauer (Urk. 9/50/7-8). Dabei bemerkte er, dass die Affektivität von Ratlosigkeit und deprimierter Hoffnungslosigkeit gezeichnet war, dass eine leichte Ängstlichkeit spürbar war und dass der Beschwerdeführer im Antrieb etwas arm sowie psychomotorisch etwas verlangsamt wirkte. Zudem beschrieb er einen teilweisen sozialen Rückzug (Urk. 9/50/8). Dr. Z.____ hielt fest, dass die soziale sowie die berufliche Funktionsfähigkeit gegenwärtig im Vergleich zum prämorbidem Niveau sicherlich noch eingeschränkt seien (Urk. 9/50/9, Urk. 9/50/15). Bezüglich der Arbeitsfähigkeit äusserte er sich dahingehend, dass das frühere Niveau nicht mehr zu erreichen sei, dass dies aber auch nicht erstrebens- und wünschenswert sei (Urk. 9/50/11). Der Beschwerdeführer sei aktuell zu 60 % in „angepasster“ Tätigkeit als Unternehmensberater tätig, denke jedoch, dieses Zeitemsum noch zu steigern

(Urk. 9/50/12). Der Beschwerdeführer sei auf einem guten Weg, seine Zukunft sinnvoll und zufriedenstellend einzurichten. Hierfür benötige er noch Zeit und „Planung ohne Druck“ (Urk. 9/50/12). Der Beschwerdeführer befinde sich nach seiner Einschätzung auf einem guten Weg der Genesung (Urk. 9/50/14).

Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer aktuell im Vergleich zum Zeitpunkt vor Eintritt seiner psychischen Störungen in seiner Arbeitsfähigkeit oder zu mindest in seiner beruflichen Funktionsfähigkeit und damit in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Dass die IV-Stelle aus dem Gutachten von Dr. Z.____ die Schlussfolgerung zog, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit noch vollumfänglich arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 1), könnte ein zig dann geschlossen werden, wenn die verbliebenen Defizite mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wären. Dr. Z.____ schrieb zu dieser Frage zwar, dass beim Beschwerdeführer in Bezug auf eine gewöhnlicherweise anzunehmende beziehungsweise zumutbare Willensanstrengung keine medizinisch respektive psychiatrisch begründbare Einschränkung bestehe (Urk. 9/55/2),

hielt jedoch nicht fest, dass dem Beschwerdeführer im Gegensatz zu seiner effektiven 60%igen Arbeitstätigkeit bei zumutbarer Willensanstrengung vollumfänglich arbeits- und leistungsfähig wäre. Dies würde denn auch seinen übrigen Beschreibungen widersprechen, beispielsweise der Konstatierung, dass der Beschwerdeführer sein Leben von sich aus gegenwärtig sehr gut strukturiert habe (Urk. 9/55/2), was nicht darauf hinweist, dass der Beschwerdeführer das zumutbare Arbeitspensum nicht ausschöpfen würde. Somit bleibt die Frage, ob der Beschwerdeführer auch bei Aufbietung allen guten Willens in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt ist, offen. 4.3

Viel

eher

als Dr. Z.____ Bezug auf die gegenwärtige Arbeitsfähigkeit nahm, stützt er sich darauf, dass der Beschwerdeführer sich in Zukunft

mit grosser Wahrscheinlichkeit auf einem neuen und für ihn guten Niveau mit befriedigenden Aufgaben stabilisieren werde (Urk. 9/50/15). Diese Annahme traf er, da die anamnestic rezidivierend wie auch gegenwärtigen psychischen Störungen seiner Ansicht nach nicht auf einer progredienten und schwerwiegenden psychischen Pathologie beruhen und da auch in anderen Arztberichten von der Besserungsfähigkeit des Zustands des Beschwerdeführers ausgegangen werde (Urk. 9/50/14). Selbst dies führt aber nicht zwingend zur Verneinung einer allenfalls rentenrelevanten Arbeitsunfähigkeit, zumal Dr. Z.____ festhielt, dass der Beschwerdeführer sein bisheriges Niveau nicht mehr erreichen könne und sich auf einem neuen Niveau stabilisieren werde (Urk. 9/50/15). Des Weiteren kann ein Anspruch auf eine Invalidenrente nicht schon deshalb verneint werden, weil in einem ungewissen Zeitpunkt in der Zukunft eine Besserung erwartet wird.

Der RAD-Arzt ging zwar von einer Anpassungsstörung aus (Urk. 9/56/4), bei welcher es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes und damit nicht in validisierendes psychisches Leiden handelt (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 vom 9. August 2010, E. 5.2 mit Hinweisen). Auch Dr. Z.____ zog eine Anpassungsstörung als Differentialdiagnose in Betracht (Urk. 9/50/9, Urk. 9/50/11). Die Diagnose der Anpassungsstörung kann jedoch nicht nachvollzogen werden, da die zeitliche Abhängigkeit der psychischen Störung von einem Belastungsereignis nicht dargetan ist und

die Störung bereits wesentlich mehr als zwei Jahre andauert . Die Symptome einer Anpassungsstörung treten in der Regel innert eines Monats, spätestens innert drei Monate n nach dem Belastungsereignis oder der Lebensveränderung auf und dauern meist nicht länger als sechs Monate an , ausser bei der längeren depressiven Reaktion (ICD-10: F43.21), bei welcher der leichte depressive Zustand aber nicht länger als zwei Jahre dauert (vgl. ICD-10 F43.2 ; Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Auflage, Bern 2010, S.

E. 5

Oktober 2011 (Urk. 9/70) reichte er eine Stellungnahme von Dr. Y.____ zum Gutachten von Dr.

Z.____ (Stellungnahme vom 26. September 2011, Urk. 9/68) und einen Bericht von Prof. Dr. phil. A.____ , Neuropsychologin, und Dr. med. B.____ , Fachärztin für Neurologie, über die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung vom 18. August 2011 (Urk. 9/69) ein. Zum Einwandschreiben vom 22. März 2011 nahm Dr. Z.____ am 10. Dezember 2011 wiederum Stellung (Urk. 9/71).

Mit Verfügung vom

E. 9

Februar 2012 verneinte die IV-Stelle sodann den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 9/73 = Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 8. März 2012 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2): „1.

Die Verfügung vom 9. Februar 2012 sei aufzuheben. 2.

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Invalidenrente, auszurichten. 3.

Es sei das Handprotokoll der gutachterlichen Untersuchung zu den Akten zu nehmen. 4.

Eventualiter sei die Sache zur erneuten psychiatrischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. “

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom

E. 14

Mai 2012 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). In der Replik vom 23. August 2012 hielt der

Beschwerdeführer an den in der Beschwerdeschrift gestellten Anträgen vollumfänglich fest (Urk.

13 S.

2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 7. September 2012 auf eine Duplik (Urk. 15).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 18

5 f.).

Betrachtet man die zweijährige Maximaldauer gemäss ICD-Code als Leitlinie und nicht als genau einzuhalten des Kriteriums, kann die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz einer Anpassungsstörung dafür nicht mit dem Argument verneint werden, dass es sich dabei um eine lediglich vorübergehende Störung handle. Weitgehende Einigkeit besteht darüber, dass der Beschwerdeführer seit April 2007 wiederholt an depressiven Episoden litt und auch aktuell mindestens eine leichte Depression aufweist. Bereits nach der Erstmanifestation der Depression wies Dr. Y. ___ in seinem Bericht vom 14. April 2008 auf die Rückfallgefahr hin (Urk. 9/17/24). Anlässlich seiner Stellungnahme vom 26. September 2011 sah Dr. Y. ___ keine Anhaltspunkte für eine nachhaltige Remission (Urk. 9/68/2). Damit bleibt die Prognose ungewiss.

Im Übrigen sorgt in erster Linie das Institut des Wartehaltes dafür, dass bei lediglich vorübergehenden Beeinträchtigungen keine Invalidenrenten zugesprochen werden. Gemäss Art. 29 bis IVV muss nämlich eine depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung nicht unbedingt lange andauern, sondern es reicht, wenn das Grundleiden der rezidivierenden depressiven Störung langandauernd ist.

Dr. Z. ___ nahm somit keine abschliessende Schätzung der konkreten aktuellen zumutbaren Restarbeitsfähigkeit vor, sondern nannte nur Einschränkungen, die er aber wegen Aussicht auf Besserung für nicht invalidisierend hielt. Nach der Rechtsprechung ist dann, wenn ein medizinisches Gutachten die versicherte Person als arbeitsunfähig erklärt, aber gleichzeitig festhält, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, der Anspruch auf eine Rente für die zu rückliegende Zeit so lange nicht ausgeschlossen, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden konnte. Der gleiche Grundsatz hat auch hinsichtlich der Massnahmen der Selbsteingliederung zu gelten, so lange solche noch nicht durchgeführt sind und noch keine Aufforderung zur Mitwirkung erfolgt ist (Urteil des Bundesgerichts I 968/06

vom 10. September 2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Demnach führen die Argumente von Dr. Z. ___ , dass die Prognose günstig sei, nicht ohne Weiteres

zur Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente. 4.4

Des Weiteren hielt

Dr. Z. ___ fest, die Einschränkungen seien rein psychosozial und nicht durch eine schwerwiegende und andauernde psychiatrische Pathologie bedingt (Urk. 9/50/9 unten).

Soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbständig und insofern direkte Ursache der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, liegt keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vor. Wenn und soweit solche Umstände zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich jedoch mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_161/2009 vom 18. September 2009, E. 2.2 mit Hinweisen).

Dr. Z.____

hat indessen selbst auch psychiatrische Diagnosen gestellt. Psychiatrische Diagnosen wurden damit von allen involvierten Fachärzten gestellt. Weshalb diese keinen Krankheitswert aufweisen und nichts mit der Leistungsminderung zu tun haben sollen, wird nicht nachvollziehbar erklärt.

Die Einwendung des Beschwerdeführers, dass der Krankheitsverlauf seit dem Jahr 2007 fluktuierend sei, obwohl die psychosozialen Umstände sich seit dem Jahr 2006 nicht mehr verändert hätten, woran zu erkennen sei, dass die psychosozialen Umstände keinen relevanten Einfluss auf den Krankheitsverlauf hätten, leuchtet ein. Dr. Z.____ entgegnete auf dieses Argument, dass die Depression Folge chronischer Überlastungen sei. Diese chronischen Überlastungen müssen jedoch gemäss Dr. Z.____ nicht unbedingt durch die konkreten Verhältnisse bedingt sein, sondern mehrheitlich durch entsprechende Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung, insbesondere der weniger belastbaren eigenen Grenzen (Urk. 9/71/7). Diese Aussage von Dr. Z.____

entspricht jener von Dr. Y.____, dass die Ursache für die depressiven Zustände nicht in äusseren Faktoren begründet liegt, sondern in der vom Beschwerdeführer erlebten negativistischen Wahrnehmung mit zeitweise wahnhaften und zwingend sgr überlnden Zügen (Urk. 9/68/1-2, Urk. 1 S. 11).

Dies schliesst aber nicht aus, dass dennoch eine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vorliegt, wie sich aus der am Anfang dieser Erwägung zitierten Rechtsprechung ergibt.

Ein weiteres Indiz für eine genetische Prädisposition zu psychischen Krankheiten und gegen eine rein psychosozial bedingte Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ist zudem, dass der Vater des Beschwerdeführers Suizid begangen hat (Urk. 9/50/2, Urk. 9/68/2).

Es bleibt zu erwähnen, dass bereits im Rahmen der Früherfassung (Sachverhalt Erw. 1, am Anfang), als es angesichts der zeitlichen Nähe zu den beruflichen Problemen noch am naheliegendsten gewesen wäre, von psychosozialen Problemen auszugehen, festgehalten wurde, dass keine psychosozialen und nicht medizinischen Probleme vorliegen würden und dass die dargelegte Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar sei (Urk. 9/9/8).

Ebenso wurde bei der mit Verfügung vom 5. Februar 2010 erfolgten Rentenzusprache (Urk. 9/35, Urk. 9/36) von einer langandauernden Krankheit (Urk. 9/35/1) und einer dadurch verursachten teilweisen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Gemäss dem neurologischen Bericht vom 18. August 2011 haben denn auch die Einschränkungen im Vergleich zum Juli 2008 keineswegs abgenommen (Urk. 9/69/2).

Dr. Z.____ merkte abschliessend an, dass die psychischen Befunde überwiegend subjektiver Art seien und die Arbeitsfähigkeit demnach nicht aufgrund dieser psychischen Befunde beurteilt werden könne (Urk. 9/71/9).

Der Beschwerdeführer bemängelte diesbezüglich zu Recht, dass Dr. Z.____ gar nicht versuchte, die Befunde beispielsweise durch psychiatrische oder psychologische Tests oder durch eine neuropsychologische Untersuchung zu verifizieren (Urk. 13 S. 2 f.). Die neuropsychologische Untersuchung durch Prof. Dr. A.____ und Dr. B.____ vom 18. August 2011 ergab denn auch leichte bis mittel schwere Leistungsminderungen (Urk. 9/69). 4.5

Zudem wendet der Beschwerdeführer gegen das Gutachten von Dr. Z.____ ein, dass es bei der Zusammenfassung seiner Angaben und Ausführungen zahlreiche Unvollständigkeiten und Unzulänglichkeiten aufweise (Urk. 1 S. 10). Beispielsweise habe Dr. Z.____ das Vorhandensein eines Morgentiefs verneint (Urk. 9/50/8), obwohl er (der Beschwerdeführer) darüber berichtet habe und dieses ganz wesentlich zu seiner 40%igen Arbeitsunfähigkeit beitrage (Urk. 1 S. 10, Urk. 13 S. 3).

Entsprechend beantragt der Beschwerdeführer, es sei das Handprotokoll der gutachterlichen Untersuchung zu den Akten zu nehmen (Urk. 1 S. 2 und S. 10 f.).

Das Handprotokoll wurde während der Begutachtung durch Dr. Z.____ von seiner Assistentin erstellt (Urk. 1 S. 10). Demnach hatte es die Funktion einer Gedankenstütze oder eines Hilfsmittels für die Erstellung des Gutachtens, was aber auch heisst, dass es seinen Zweck mit der Ausarbeitung des Gutachtens erfüllt hatte. Derartigen Arbeitsunterlagen geht der Beweischarakter ab und es besteht kein Anspruch auf Einsicht in dieselben (Urteil des Bundesgerichts 9C_591/2010 vom 20. Dezember 2010, E. 5.1.3 mit Hinweisen). Der Einwand ist jedoch ohnehin nicht prozessentscheidend, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

Dasselbe gilt für die Rüge des Beschwerdeführers, der Stellungnahme von Dr. Z.____ vom 10. Dezember 2011 (Urk. 9/71) könne per se kein Beweiswert zukommen, da sie nicht auf vollständigen Vorakten basiere (Urk. 1 S. 13). 4.6

Zusammenfassend erweist sich das Gutachten von Dr. Z.____ als nicht vollständig, schlüssig und nachvollziehbar. Dies insbesondere, weil aus seinem Gutachten trotz seiner Erläuterungen nicht klar wird, weshalb die konstatierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht auf die diagnostizierte Depression zurückzuführen sein sollen.

Ebenso wenig kann die Stellungnahme des RAD-Arztes

Dr. F.____, welcher sich ausschliesslich auf das Gutachten von Dr. Z.____ stützte, als beweiskräftig erachtet werden, da die Diagnose der Anpassungsstörung als einzige Störung mit Blick auf die bisherigen und die aktuelle depressive Episode sowie wegen Dauer und Zeitpunkt des Auftretens nicht nachvollzogen werden kann.

Im Übrigen stehen den Stellungnahmen von Dr. Z.____ und Dr. F.____ die in sich und mit Blick auf die Vorakten stimmigen Berichte von Dr. Y.____ sowie Prof. Dr. A.____ und Dr. B.____ entgegen.

Auf die Berichte von Dr. Y.____ kann jedoch bei dieser widersprüchlichen Aktenlage auch nicht abgestellt werden, denn

in Bezug auf Berichte von Hausärzten so wie behandelnden Spezialärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungs- tatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Der kurze Bericht über die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung vom 18. August 2011 (Urk. 9/69), aus welchem nicht ersichtlich ist, wie die dargestellten Befunde ermittelt wurden, eignet sich ebenso wenig als Hauptbeweismittel.

Die medizinischen Akten gestatten daher bei pflichtgemässer Beweiswürdigung nicht die zuverlässige Beurteilung, ob der Beschwerdeführer an einer psychischen Krankheit leidet, welche trotz zumutbarer Willensanstrengung eine teilweise Arbeitsunfähigkeit begründet.

Insgesamt erweist sich somit der Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. 5.

Das Verwaltungsverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Demnach hat die IV-Stelle den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange an, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts 8C_392/2011 vom 19.

September 2011, E. 2.2).

Die Abklärung darüber, an welcher psychische r

Störung von Krankheit swert der Beschwerdeführer gegebenenfalls leidet und wie und in welchem Ausmass sich dies e auf seine Arbeits - und Erwerbs fähigkeit auswirkt, ist somit Aufgabe der IV-St elle.

Demzufolge ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sa che ist zur weiteren Ab klärung, insbesondere zum Einholen eines beweiskräftigen psychiatrischen Gut achtens, und zur neuen Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. 6 .

6 .1

Abweichend von Art. 61 lit . a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilli gung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr.

8 00 .-- anzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6 .2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 3 '300 .-- (inkl. Mehrwertsteuer und allfällige r Barauslagen). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass d ie angefochtene Verfügung vom 9. Februar 2012 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00 .-- 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. 3'300 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - 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. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Widmer SP/LS/JM versandt

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