

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00915 vom 26. Juni 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00915](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00915)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00915 du 26 juin 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00915 del 26 giugno 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

geborene X.\_\_\_\_

reiste im Jahr 1988 in die Schweiz ein (Urk. 10/6/3), wo er als Hilfsarbeiter tätig war (Urk. 10/8/2, Urk. 10/25/8-9) . In den Jahren 1991 bis 1996 kämpfte er mehrere Male für einige Monate auf kroa tischer Seite in Bosnien im Balkankrieg und arbeitete dazwischen in der Schweiz (Urk. 10/12/12, Urk. 10/37/2 , Urk. 10/41/2 ) . Danach arbeitete er als Kontrolleur in einer Schleifpapierfabrik , als Hauswart und als LKW-Chauffeur ( Urk. 10/6/5, Urk. 10/7/1, Urk. 10/11, Urk. 10/12/10, Urk. 10/37/2 ).

Im Jahr 200

#### **E. 1.1**

Der 197

#### **E. 1.2**

Am 10. Februar 2006

hatte

sich X.\_\_\_\_ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 10/6) . Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte unter anderem das zuhause Krankentaggeldversicherung des Versicherten, der Winterthurer Versicherungen, erstellte Gutachten von pr act. med. B.\_\_\_\_ , Leitender Arzt der Fachstelle für Psychiatrische Begutachtung der C.\_\_\_\_ , vom 15. August 2005 (Urk. 10/12/9-16) ein. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 11. September 2006, Urk. 10/21) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 24. Oktober 2006 ab (Urk. 10/23).

#### **E. 1.3**

Am 30. Juni 2009 meldete sich X.\_\_\_\_

erneut zum Leistungsbezug an (Eingang: 7. Juli 2009, Urk. 10/27). Die IV-Stelle holte nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen das Gutachten von Dr.

med . D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Februar 2011 (Urk. 10/66) ein. Nach der Stellungnahme von Dr. med .

E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD)

vom 9. März 2011 (Urk. 10/81/6-7) holte die IV-Stelle ein weiteres psychiatrisches Gutachten ein, und zwar von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juni 2011 (Urk. 10/78).

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin vom RAD nahm dazu am 4. August 2011 Stellung (Urk. 10/81/7-8). Die IV-Stelle kündigte mit Vorbescheid vom 6. September 2011 die Abweisung des Rentenbegehrens mit der Begründung an, X.\_\_\_\_ sei bereits bei seiner Einreise in die Schweiz behandlungsbedürftig gewesen und seine Leistungsfähigkeit im Berufsleben sei schon damals eingeschränkt gewesen, weshalb die versicherungsmässigen Voraussetzungen für eine Invalidenrente nicht erfüllt seien (Urk. 10/83). Dagegen erhob X.\_\_\_\_

mit Schreiben vom 8. September 2011 (Urk. 10/84), ergänzt mit Schreiben vom 5. Oktober 2011 (Urk. 10/86), Einwände. Dr. G.\_\_\_\_ nahm am 28. November und 2. Dezember 2011 erneut zu den medizinischen Akten Stellung (Urk. 10/90/2-4). Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle mit neuem Vorbescheid vom 16. Dezember 2012 (richtig: 2011) erneut die Abweisung des Rentenbegehrens an und begründete dies nunmehr damit, dass seit der Leistungsabwiesenden Verfügung vom 24. Oktober 2006 keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (Urk. 10/92). Auch dagegen erhob X.\_\_\_\_ Einwände (Schreiben vom 20. Dezember 2011, Urk. 10/94, und vom 9. Januar 2012, Urk. 10/96). Dr. E.\_\_\_\_ vom RAD bestätigte am 6. Juni 2012 im Ergebnis die Stellungnahmen von Dr.

G.\_\_\_\_ (Urk. 10/100/3-4). Mit Verfügung vom 12. Juli 2012 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2).

## **E. 2**

). Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer den Bericht des H.\_\_\_\_ vom 15. August 2012 ein (Urk. 3/27). Mit Eingabe vom

2. November 2012

verzichtete die Beschwerdegegnerin auf

eine Beschwerdeantwort (Urk. 9). Mit Verfügung vom 16. November 2012 wurde die Pensionskasse des Beschwerdeführers, die AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Winterthur, zum Prozess beigeladen (Urk. 11). Auch diese verzichtete auf eine Stellungnahme (Schreiben vom 3. Januar 2013, Urk. 13).

Auf die Ausführungen der Parteien und die weiteren eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Rahmen der IV-Revision 6a vorgenommenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiell rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 12. Juli 2012 (Urk. 2) ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine

Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechen d den allgemeinen intertemporal rechtlichen Re geln für die Zeit bis 31. Dezember 20 11 auf die damals seit der 5. IV-Revision

( ab dem 1. Januar 2008; AS 2007 5129 ff. ) geltenden Bestimmungen und ab dem 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der IV-Revision 6a abzustellen (vgl. zur

### **E. 2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesge setzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper lichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmög lichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeits markt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Er werbs unfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Be ein träch tigung zu berück sichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nic ht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Ge sundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG be wirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit in validenversicherungsrechtlich nicht als rele vant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Per son bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Fest zu stellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbs tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychi schen Beeinträch tigung verein bar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Ver wertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versi cherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 2.2**

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditäts grad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem In validitätsgrad 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. 2.3**

Die behandelnden Ärzte des H.\_\_\_\_

schlossen gemäss dem Bericht vom 15. August 2012 ebenfalls auf eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit. Z ur von Dr. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnose einer chro nischen par a noiden Psychose (ICD-10 F20.0) befanden sie , diese sei letztlich falsch . Richti gerweise sei die Diagnose einer schweren PTBS (ICD-10 F43.1) zu stellen, wobei ihrer Diagnose ein Beobachtungszeitraum von knapp einem Jahr mit Behandlungsbeginn am 19.

September 2011 zugrunde liege und nebst den wöchentlichen traumafokussierten Therapiesitzungen ein Austausch mit der den Beschwerdeführer behandelnden Pflegefachperson und seinem Case-Manager stattfinde. Differentialdiagnostisch liege die Diagnose einer paranoiden Psychose jedoch sicher nahe, zumal eine schwere PTBS auch mit psychotischen Dekompensationen einhergehen könnten. Auch handle es sich bei den Symptomen der Antriebsarmut, Störung der Vitalgefühle, des sozialen Rückzugs und der Ideenarmut um Charakteristika einer PTBS (andauerndes Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie und andere). Dazu schlüssig werde im Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ die „paranoide Symptomatik“ als inhaltlich an Kriegserlebnisse gebunden erkannt. Schliesslich seien auch die im Gutachten zitierten Äusserungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 10/78/10-14) erneut pathognomonisch für das Vollbild einer PTBS. Letztlich sei der Schweregrad der Beeinträchtigung richtig erkannt worden. Insofern könne man sich der Einschätzung des Gutachters vollumfänglich anschliessen

(Urk. 3/27 S. 1 und S. 6 ff.). 4.3

#### 4.3.1

Vor dem Hintergrund dieser Aktenlage, bei der seit Februar 2009 alle behandelnden Ärzte auf Grund der psychischen Symptomatik eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestierten und eine intensive, teilweise mehrmonatige stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erforderlich war, ist nachvollziehbar, dass auch der Dr. F.\_\_\_\_ gemäss seinem psychiatrischen Gutachten vom 14. Juni 2011 auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit seit Februar 2009 schloss (Urk. 10/78/17). Wie die Ärzte des H.\_\_\_\_ im Bericht vom 15. August 2012 zutreffend festhielten (Urk. 3/27 S. 6), ist die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ im Gutachten vom 14. Juni 2011 nachvollziehbar begründet und die Schlussfolgerungen sind in den Zusammenhängen logisch. Das Gutachten erfüllt auch sonst alle recht sprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Allein aufgrund der unterschiedlichen diagnostischen Einschätzung der psychiatrischen Fachärzte ist zudem nicht bereits auf einen invaliden Versicherungsrechtlich unerheblichen Gesundheitszustand zu schliessen. Zwar bedarf es recht sprechungsgemäss zur Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens

zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_33/2013 vom 13. Dezember 2013 E. 4.2.1).

Ist indes auf Grund nachvollziehbarer fachpsychiatrischer Einschätzung

- wie hier -

ausgewiesen, dass ein erhebliches psychisches Beschwerdebild mit Krankheitswert vorliegt, das einer Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem zugeordnet werden kann, ist letztlich nicht die Diagnoseentscheidend, sondern einzig und allein, ob die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 und 9C\_166/2013 vom 12. Juni 2013 E. 4.2.2). Insofern stimmen die Einschätzungen der behandelnden Ärzte und von Dr. F.\_\_\_\_ überein. Die beim

Beschwerdeführer bestehende kombinierte belastungsreaktive psychotische und depressive Beschwerdesymptomatik ist danach in jedem Fall als eine erhebliche psychische Störung nach ICD-10 zu qualifizieren, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit seit dem 16. Februar 2009 begründet (vgl. zum genauen Datum der Arbeitsunfähigkeit den Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2009, Urk. 10/33/3) . 4. 3 .2

Die Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ gemäss dessen Gutachten vom 2. Februar 2011 (Urk. 10/66) , es liege lediglich eine für die Arbeitsfähigkeit nicht relevante Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.21, Z63.5) und eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen, narzisstischen und anankastischen Anteilen (ICD-10 Z73.1) nach negativen Kindheitserlebnissen und Kriegserfahrungen (ICD-10 Z61.8, Z65.5) vor, überzeugt dagegen nicht. Zu demselben Schluss mit nachvollziehbaren Begründungen kamen auch die Trauma-Spezialisten des H.\_\_\_\_ (Bericht vom 15. August 2012; Urk. 3/27 S. 3 ff. ). Zu Recht sind sich auch die Parteien darin einig, dass auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2011 nicht abzustellen ist (vgl. auch die Stellungnahme von Dr. E.\_\_\_\_ vom 9. März 2011, Urk. 10/81/6-7 ) . Weiterungen dazu erübrigen sich.

Auch die Stellungnahmen zu den medizinischen Akten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 28. November und 20. Dezember 20

#### **E. 2.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 4 IVV in der bis Ende 2011 gültigen Fassung; ab 2012: Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades erfolgt ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen). 3.

### 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der Abweisung des Leistungsgesuchs in der Verfügung vom 24. Oktober 2006 nicht wesentlich verschlechtert. Es liege nach wie vor kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Die Befundlage sei klar und umfassend abgeklärt, weshalb weitere medizinische Abklärungen nicht sinnvoll seien. Die Symptomschilderungen des Beschwerdeführers seien nur als subjektive Angabe zu verwerten und von diesen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) geschlossen werden. Aktiv Kriegsdienst geleistet zu haben, genüge nicht, da sonst alle Militärangehörigen von Kriegsarmeen an den Folgen einer PTBS leiden müssten, was bekanntlich nicht der Fall sei. Auch die von Dr. F.\_\_\_\_ gemäss dem Gutachten vom 14. Juni 2011 gestellte Diagnose einer paranoiden Psychose (ICD-10 F20.00) überzeuge nicht. Es sei kurzschlüssig, darauf aufgrund der erhobenen Befunde zu schliessen. Die postulierte produktive paranoiden Symptomatik hätte den Gutachter zudem zwingend aufgrund evidenzbasierter Erfahrung dazu veranlassen müssen, eine neuroleptische Medikation zu empfehlen, deren therapeutische Wirkung dieser indes verneint habe. Eine solche lohne sich indes auch bei chronifizierten Gesundheitszuständen. Wenn von Seiten der Beschwerdegegnerin und des RAD von einer paranoiden Psychose ausgegangen worden wäre, wäre auf jeden Fall eine Schadenminderungspflicht auferlegt worden

(Urk. 2). 3.2

Dagegen bringt der Beschwerdeführer vor, es sei irritierend, dass der RAD von den Gutachtern trotz der erhobenen Rügen keine Richtigstellung der monierten Punkte verlangt habe. Dies untergrabe das Untersuchungsprinzip. Gemäss dem Bericht des H.\_\_\_\_ vom 15. August 2012 (Urk. 3/27) sei eine Simulation nicht anzunehmen und liege eine schwere, invalidisierende PTBS vor. Den Aussagen der Fachklinik sei aufgrund des längeren, intensiveren und persönlichen Beobachtungszeitraums sowie der mannigfaltigen Vergleichsmöglichkeiten mit einer Vielzahl von Patienten ein grösseres Gewicht beizumessen, als den von der Verwaltung veranlassten Gutachten, welche seinen Gesundheitszustand nicht zu erfassen vermocht hätten. Auf das Gutachten von med. pract.

B.\_\_\_\_ vom 15. August 2005 (Urk. 10/12/9-16) dürfe aufgrund der unvollständigen Datenlage ohne Berücksichtigung der Kriegserlebnisse für die Beurteilung der heutigen Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden. Auch taue es als Vergleichsbasis zwischen den Jahren 2006 und 2009 nicht. Das von Dr. D.\_\_\_\_

verfasste Gutachten vom 2. Februar 2011 könne ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Die Herleitung der

gestellten Diagnosen sei unlogisch und nicht begrifflich gemacht worden. Die Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ gemäss dessen Gutachten vom 14. Juni 2011 (Urk. 10/78) stimme bezüglich der Auswirkungen des psychischen Leidens auf die Arbeitsfähigkeit mit jener des H.\_\_\_\_ überein. Die gesamten Schlussfolgerungen und Zusammenhänge seien logisch. Dr. F.\_\_\_\_ habe aber letztlich eine falsche Diagnose gestellt. Im Bericht des H.\_\_\_\_ vom 15. August 2012 sei dargelegt worden, weshalb auch dieses Gutachten ihm, dem Beschwerdeführer, nicht gerecht werde. Aufgrund der Anamnese könne von einer schleichenden, wellenförmigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgegangen werden, welche ihren Höhepunkt in der stationären Einweisung im April 2009 gefunden habe.

Bereits seit Februar 2009 habe keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr bestanden. Er sei zudem auch in den alltäglichen Lebensverrichtungen eingeschränkt und benötige zuhause regel mässige Betreuung durch eine Pflegefachperson, weshalb der Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung leichten Grades abzuklären sei

(Urk. 1 S. 11 ff. ). 3.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 30. Juni 2009 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin am : 7. Juli 2009; Urk. 10/27 ) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiell - rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad seit der abweisenden Verfügung vom 24. Oktober

2006 (Urk. 10/23 ) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Juli

2012 (Urk. 2) in leistungs begründendem Ausmass verändert hat. Die angefochtene Verfügung bildet da bei recht spr e chungsgemäss die zeitliche Grenze der richter lichen Über prüfungs be fgnis (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundes ge richts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hin weis) und den beschwerdeweise weiterzieh baren Anfechtungsgegenstand ( Sachurteilsvoraussetzung ; vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a)

Strittig und zu prüfen ist allein der Anspruch auf eine Invalidenrente. In Bezug auf das Begehren des Beschwerdeführers um Prüfung des Anspruchs auf eine Hilflosenentschädigung ist auf die Beschwerde mangels Anfechtungsgegenstand des nicht einzutreten. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrem Entscheid vom 24. Oktober 2006 (Urk. 10/23 ) auf die Stellungnahme von PD Dr. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, des RAD vom 24. Dezember 2008 (Urk. 8/44 ), der nach Einsicht in die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom 9. März 2006 (Urk. 10/ 12/5-6 ) und vom 4. Juli 2006 (Urk. 10/19/3-5) sowie in das Gutachten von med. pract. B.\_\_\_\_ vom 15. August 2005 (Urk. 10/12/9-16) darauf schloss, dass der zeit kein invaliden versicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden vorliege und in der bisherigen und einer anderen Tätigkeit ohne das Heben und Tragen von schweren Lasten und häufi gen Knie- oder Beugebewegungen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 10/20/2-3). Dr. J.\_\_\_\_ hatte die Diagnose eines chronifizierten lumbo spondylogenen Syndroms bei Tendenz zur Hypermobilität, schwerer muskulärer Dysbalance und des Status nach psychosozialer Überlastung mit Neigung zur Somatisierung sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab dem 17. Januar 2005, von 50 % ab dem 7. Juli 2005 und von 0 % ab dem 1. Januar 2006 attes tiert. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Januar 2006 beziehe sich auf eine leidensangepasste Tätigkeit (Bericht vom 9. März 2006, Urk. 10/12/5-6; vgl. auch das ärztliche Zeugnis von Dr. J.\_\_\_\_ vom 22. November 2005, Urk. 10/13/12). Im Bericht vom 4. Juli 2006 hielt Dr. J.\_\_\_\_ fest, neu sei die Arbeitsunfähigkeit in einer Tätigkeit ohne das Tragen von schweren Lasten eher auf 30-50 % festzusetzen (Urk. 10/19/3).

Med.

pract.

B.\_\_\_\_ vom C.\_\_\_\_ hatte im Gutachten vom 15. August 2005 hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes zudem ausgeführt, es liege keine Störung/Erkrankung vor, die eine Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Die Symptomentwicklung stehe im Zusammenhang

mit der schwierigen familiären Situation, die es praktisch zwingend erforderlich mache, dass der Beschwerdeführer zuhause bleibe und seiner Ehefrau im Haushalt sowie bei der Betreuung der Kinder helfe. Es sei rasches und klares Handeln betreffend die sozialen Belange (Unterstützung der kranken Ehefrau durch externe Hilfe oder Reduktion des Arbeitspensums durch den Beschwerdeführer) erforderlich, denn der Beschwerdeführer befinde sich auf einem ganz ungünstigen Weg in chronisches körperliches und psychisches Leiden (Urk. 10/12/15 -16).

Von dieser Sachlage ist als Vergleichsbasis auszugehen. 4.2

#### 4.2.1

Mit der Neuanmeldung vom 30. Juni 2009

machte der Beschwerdeführer

ohne Weiterungen psychische Störungen geltend (Urk. 10/27/7).

Gemäss dem Bericht der K.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2009 wurde der Beschwerdeführer am 7. April 2009 aufgrund einer depressiven Entwicklung vor dem Hintergrund einer PTBS und schwieriger psychosozialer Situation zur stationären Behandlung eingewiesen. Er lebe seit zwei Jahren getrennt von seiner Ehefrau und den drei Kindern. Seit Februar 2009 gehe es ihm zunehmend schlechter. Ende März 2009 sei ihm gekündigt worden. Er habe berichtet, dass er bei der Arbeit zunehmend unkonzentriert gewesen sei und von Kriegserinnerungen in Form von Flashbacks verfolgt worden sei. Er habe auch mehrfach dissoziative Zustände. Er habe oft das Gefühl, wie ausser sich zu stehen. Er fühle sich einerseits gefühllos, andererseits verspüre er einen massiven seelischen Schmerz. Er fühle sich innerlich versteinert. Es sei ihm körperlich oft übel. Nur zusammen mit seinen Kindern habe er das Gefühl, etwas empfinden zu können. Er könne aktuell kaum klare Gedanken fassen, es drehe sich alles in seinem Kopf und er sei übervoll mit Gedanken und Bildern. Er habe Suizidgeanken, wolle aber für die Kinder leben. Seit Februar 2009 sei er in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die Ärzte der K.\_\_\_\_ stellten im Verlauf der stationären Behandlung die Diagnosen einer PTBS

(ICD-10 F43.1) und einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei psychosozialer Belastungssituation (Urk. 10/33/9 -11).

Nach Abschluss der rund drei monatigen stationären Behandlung am

#### **E. 5**

. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C\_829/2008 vom 23. Dezember 2008 E. 2.1 ). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - so weit nichts anderes vermerkt ist - in der ab 2012 geltenden Fassung zitiert. 2.

#### **E. 7**

Juli 2009 stellten die Ärzte der K.\_\_\_\_

gemäss dem Austrittsbericht gleichen Datums

schliesslich die Diagnosen einer narzisstischen

Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8), eines Status nach mittelgradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) bei psychosozialer Belastungssituation und eines Verdachts auf PTBS

(ICD-10 F43.1), wobei unklar geblieben sei, ob die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome diagnostisch einer PTBS zuzuordnen oder im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung zu betrachten seien.

Im Rahmen des stationären Aufenthaltes sei es zu einer deutlichen Stabilisierung und Aufhellung der depressiven Symptomatik gekommen. Aufgrund der nach wie vor deutlich bestehenden kognitiven Einschränkungen und formalen Denkstörungen sei der Eintritt in eine Tagesklinik mit teilstationärer Behandlung zu empfehlen. Er sei mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in die ambulante Behandlung entlassen worden (Urk. 10/33/6-8).

Im Bericht der K.\_\_\_\_

vom 25. September 2009 wurden die zuletzt genannten Diagnosen ergänzt mit der Differenzialdiagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsveränderung nach Extremsituation (ICD-10 F62.0).

Es wurde auch in diesem Bericht festgehalten, dass zum Austrittszeitpunkt am 7. Juli 2009 weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe und er so wohl beruflich als auch privat deutlich beeinträchtigt gewesen sei. Aufgrund der Schwere der Störung sei eine nur langsame Stabilisierung des Zustandsbildes erfolgt, wobei es immer zu psychischen Einbrüchen gekommen sei. Die (vollständige) Einschränkung (der Arbeitsfähigkeit) zum Austrittszeitpunkt habe bestanden aufgrund der deutlich verminderten Fähigkeit, sich auf die Arbeit zu konzentrieren, komplexe Sachverhalte zu bewältigen, einem reduzierten Arbeitstempo, einer verminderten Stresstoleranz und einer verminderten Belastbarkeit (Urk. 10/37/2-4).

Die empfohlene teilstationäre Behandlung wurde gemäss dem Bericht des L.\_\_\_\_ der C.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2009 am 10. August 2009 aufgenommen. Auch die Ärzte des L.\_\_\_\_ attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100

% aufgrund der Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und eines Verdachts auf PTBS (ICD-10 F43.1). Ob mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, könne erst nach Behandlung der posttraumatischen Symptome und nach Absolvierung eines Arbeitstrainings beurteilt werden (Urk. 10/41/1).

Ab dem 25. November 2009 (bis Anfang April 2010, Urk. 10/77/1) wurde der Beschwerdeführer in der Psychiatrischen Poliklinik der C.\_\_\_\_ ambulant behandelt, wo gemäss dem Bericht vom 23. März 2010 aufgrund der Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und einer komplexen PTBS nach wiederholten Kriegseinsätzen im Balkankrieg und vor dem Hintergrund einer stark belasteten Kindheit (ICD-10 F43.1 und F62.0) wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Es bestünden Einschränkungen in psychischer und geistiger Hinsicht mit niedriger Schlafengehenheit, Freud- und Interesselosigkeit, sozialem Rückzug, rascher Erschöpfbarkeit und Schlafstörungen, wiederkehrenden suizidalen Gedanken, Konzentrationsverminderung, Flashbacks (Wiedererleben traumatischer Ereignisse) sowie dissoziative Zustände. Die Arbeitsfähigkeit sei beeinträchtigt durch eine mittelgradige Konzentrationsminderung und eine deutlich reduzierte Anpassungsfähigkeit sowie Belastbarkeit wegen des ausgeprägten sozialen Rückzugs und des erhöhten Sicherheits- und Kontrollbedürfnisses beziehungsweise der raschen Reizüberflutung.

Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei kurzfristig nicht zu rechnen. Der Gesundheitszustand habe sich seit dem Austritt aus der Tagesklinik nicht verbessert. Zu empfehlen sei die Weiterführung der ambulanten Psychopharmako- und Psychotherapie, Unterstützung durch die Psychiatrie-Spitex, Integration in eine geschützte Werkstatt zwecks Tagesstrukturierung (geplant sei eine solche in der M. \_\_\_ gewesen, jedoch sei kein freier Platz vorhanden gewesen), die Fortsetzung der ambulanten Ergotherapie und im Verlauf eine traumaspezifische Psychotherapie. Danach sei eine Neu Beurteilung zu empfehlen (Urk. 10/49).

Ab dem 9. April 2010 wurde der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht vom 26. Mai 2011 im N. \_\_\_, von Dr. med. O. \_\_\_ und der Psychologin P. \_\_\_ behandelt, welche die Diagnosen einer PTBS (ICD-10 F43.1), anamnestic bestehend seit 1991, und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), anamnestic bestehend seit Februar 2009, stellten und die Arbeitsfähigkeit ebenfalls seit Februar 2009 als zu 100 % eingeschränkt beurteilten. Die Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt aufgrund der verminderten psychophysischen Belastbarkeit und Stresstoleranz sowie des reduzierten kognitiven Funktionsniveaus. Überforderungssituationen würden die Gefahr einer Symptomverstärkung und Dekompensation bergen. Bei Erreichen einer besseren psychischen Stabilität sei das Belastungsprofil in einer leidensangepassten Tätigkeit mittels Arbeitstrainings abzuklären. Seit Oktober 2010 sei der Beschwerdeführer auf einer Warteliste für die Behandlung im H. \_\_\_ (Urk. 10/77) . 4.2.2

Auch Dr. F. \_\_\_ schätzte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 14. Juni 2011 in jeglicher Tätigkeit seit Februar 2009 als vollständig eingeschränkt ein (Urk. 10/78/17). Anders als die behandelnden Ärzte beurteilte er die psychopathologische Symptomatik nicht als mittelgradige depressive Episode und PTBS, sondern

als eine chronische paranoide Psychose (ICD-10 F20.0) mit einem schleichenden Beginn und einem wellenförmigen, aber kontinuierlichen sowie bis dato insgesamt progressiven Verlauf.

Weiter erklärte er zur Diagnose, dass die Symptomatik wahrscheinlich auch die Diagnose einer Schizophrenie rechtfertige, denn das Erkrankungsalter scheine auf typische Art in der Adoleszenz gelegen zu haben. Auf typische Weise seien in psychischen Stresssituationen, erstmals während der Kriegsjahre in den Jahren 1991 bis 1995, paranoid psychotische Delusionen und Sinnestäuschungen aufgetreten und der Beschwerdeführer habe an der Kriegsfront wegen psychotischer Zustände medizinisch betreut werden müssen. Die Frage, ob sich unter den Bedingungen der Kindheit mit erheblicher emotionaler Deprivation und aggressivem Missbrauch eine pathologische Persönlichkeitsstörung entwickelt habe, werde durch die aktuelle psychopathologische Symptomatik überdeckt (Urk. 10/78/15). Seit der Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_ (am 28. Oktober 2010, Urk. 10/66/1) habe sich der psychische Gesundheitszustand eher noch verschlechtert.

Die erhebliche produktive paranoide Symptomatik von vorwiegend chronischem und nur selten akuten Charakter habe die kognitiven Funktionen und damit die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Jahren progressiv gestört und befinde heute ein schweres Ausmass. Daneben bestehe eine chronische psychotische Negativsymptomatik, die gleichermassen als depressiv angesehen werden könne, mit Antriebsarmut, Störung

der Vitalgefühle, sozialem Rückzug, Ideen armut und so weiter. Die paranoide Symptomatik sei inhaltlich weitgehend an die Kriegs erlebnisse gebunden, wobei offen bleiben müsse, was Wiedererinnerungen und was aktuelle Wahnideen und psychotische Gedächtnistäuschungen seien. Anamnestisch zu erheben seien ein chronisches halluzinatorisches Stimmen hören, taktile und olfaktorische Halluzinationen, ein schwerer Verfolgungswahn mit permanenten Todesängsten, paranoide Derealisationen (zum Beispiel dass die Zeit still stehe) und Depersonalisationen (zum Beispiel sich von aussen zu sehen) mit den Folgen von schweren Stress- und Panikzuständen mit dissoziativen und kognitiven Störungen. Der klinische Eindruck habe mit der vom Beschwerdeführer berichteten psychopathologischen Symptomatik korrespondiert. Und zwar

hätten eine etwas ungepflegte Erscheinung, eine generelle Verlangsamung, eine extrem empfindliche Parathymie, eine Schreckhaftigkeit mit Tremor und Muskelverkrampfungen, einer körperlichen Reglosigkeit und autistisch anmutende Automatismen sowie ein starres Denken mit häufigen kurzen Denkblockaden vorgelegen (Urk. 10/78/17).  
4.

#### **E. 11**

(Urk. 10/90/2-4) und von Dr. E.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2012 (Urk. 10/100/3-4) des RAD, auf die sich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid stützt, führen zu keinem anderen Ergebnis. Beide haben den Beschwerdeführer nicht untersucht und deren Ausführungen kann bei gegebener medizinischer Aktenlage nicht gefolgt werden.

Insbesondere für die Annahme einer Simulation der Beschwerden, welche Frage Dr. E.\_\_\_\_ aufwirft, ist in keinem der medizinischen Berichte und Gutachten ein Hinweis zu finden, weshalb eine entsprechende Abklärung nicht angezeigt war. Auch ist die Progredienz des pathologischen Leidens in den medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte und von Dr. F.\_\_\_\_

nicht nur aufgrund der subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers, sondern auch aufgrund der Beobachtungen und fachärztlichen Eindrücke deutlich hervorgetreten und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ab Februar 2009 ausgewiesen. Schliesslich ist anzumerken, dass eine (mit-)ursächliche psychosoziale Belastungssituation, wie sie beim Beschwerdeführer im Jahr 2005 aufgrund der Krankheit seiner Ehefrau (Urk. 10/12/12-15) nach der Beurteilung von med. pract. B.\_\_\_\_ im Jahr 2005 noch entscheidend war (Urk. 10/12/14-16), Leistungen der Invalidenversicherung nicht zwingend ausschliesst. Auch wenn im Jahr 2009 wieder oder weiterhin eine psychosoziale Belastungssituation, nunmehr aufgrund der Trennung von seiner Ehefrau mit Konflikten bei der Sorgerechtsausübung vorliegen hatte (Urk. 10/33/7), welche insbesondere Dr. D.\_\_\_\_ als verhaltensrechtlich massgeblich betrachtet (Urk. 10/66/23), wurde diese jedoch spätestens ab Februar 2009 von einem verselbständigten Gesundheitsschaden

im Rechtsinne (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a)

abgelöst. Soweit ein solcher aber wie hier gegeben ist, ist für dessen Anspruchserheblichkeit nicht bedeutsam, ob soziale Umstände bei seiner Entstehung - oder Verschlechterung - eine massgebende Rolle spielten. Denn psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 2.3.3 mit Hinweisen).

5 .

Die medizinische Aktenlage weist im Ergebnis

eine erhebliche Verschlechterung der Beschwerdesymptomatik in psychischer Hinsicht im Vergleich zu jener im Jahr 2006 seit Mitte Februar 2009 aus, was eine Neuurteilung des Rentenanspruches per 1. Februar 2010 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, Art. 29 Abs. 3 IVG ; vgl. auch BGE 129 V 222 E. 4.2 in fine, 128 V 174) rechtfertigt. Dabei ist bei gegebener 100%iger Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ohne Weiteres auf eine 100%ige Erwerbseinbusse respektive einen Invaliditätsgrad von 100 % mit einem Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG) ab dem 1. Februar 2010 zu schliessen (sogenannter Prozentvergleich; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.1 und I

315/02 vom 9. Dezember 2003 E. 4.2 ).

Die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2012 ist folglich in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2010 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 6 . Streitgegenstand des Verfahrens bildet die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gesuch des Beschwerdeführers auf unentgeltliche Prozessführung ( Urk. 1 S. 2) ist damit gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde , soweit darauf eingetreten wird, wird die angefochtene Verfügung vom

## **E. 12**

12. Juli 2012 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2010 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Departement Soziales der Y.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Winterthur - Bundesamt für Sozialversicherungen 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, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent hal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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