

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00141 vom 9. Januar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00141

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00141 du 9 janvier 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00141 del 9 gennaio 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, arbeitete seit April 2000 als Montageleiter bei der Y.____, als er sich am 16. Oktober 2008 bei einem Verkehrsunfall (Heckaufprallkollision) ein Distorsionsstrauma der Halswirbelsäule (HWS) zuzog. Die Unfallversicherung des Versicherten erbrachte die gesetzlichen Leistungen (Urk. 6/4/95, Urk. 6/4/98). Die Arbeitgeberin des Versicherten löste mit Schreiben vom 24. April 2010 (Urk. 6/4/6) das Arbeitsverhältnis per 31. Juli 2010 auf.

Am 3. Juni 2010 meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Massnahmen, Rente) an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte medizinische Berichte (Urk. 6/10, Urk. 6/19, Urk. 6/21), einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 6/8) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 6/9) ein und zog die Akten der Unfallversicherung (Urk. 6/4/1-98) bei. Ferner veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung durch das Z.____, welche sie ihr Gutachten am 3. April 2012 erstattete (Urk. 6/37).

Mit Mitteilung vom 31. Januar 2011 verneinte die IV-Stelle die Möglichkeit von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Urk. 6/30) und stellte mit Vorbescheid vom 23. Juli 2012 (Urk. 6/48) die Abweisung des Leistungsbegehrens (berufliche Massnahmen und Rente) in Aussicht. Dagegen erhob der Versicherte am 15. Oktober 2012 einen Einwand (Urk. 6/6).

E. 1.2

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).

E. 1.3

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronischer

Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet, nicht hingegen, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung einer Cancer-related

Fatigue stellt (BGE 139 V 346

E. 3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt. Diese Berechnungsweise ist insbesondere

anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (so genannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis).

E. 1.5

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Abs. 1).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Artikel 13 und 21 besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Artikel 16 Absatz 2 Buchstabe c besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen in (Abs. 3):

medizinischen Massnahmen (lit . a);

Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit . a bis);

Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung , Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe, lit . b);

der Abgabe von Hilfsmitteln (lit . d).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.7

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche

Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichts gutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch ein Obergutachten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa S. 352 f.) . 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, gemäss dem eingeholten Gutachten des Z.____ vom 3. April 2012 bestünden in somatischer Hinsicht keine Diagnosen beziehungsweise Beschwerden, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen würden. Die im Gutachten aufgeführten psychischen Einschränkungen seien überwindbar und demgemäss nicht invalidisierend (Urk. 2 S. 1). 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, gemäss der Beurteilung im Z.____ - Gutachten bestünde zusätzlich zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ein psychisches Leiden in der Form von rezidivierenden depressiven Episoden, welche das Abrufen bestehender Ressourcen im Alltag einschränken würden. Damit sei die Überwindbarkeit der psychischen Einschränkung klar verneint worden, was auch die danach eingeholten medizinischen Berichte bestätigt hätten (S. 5 f.). 2.3

Unstrittig ist, dass aus somatischer Sicht gemäss Z.____ -Gutachten (Urk. 6/37) keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsunfähigkeit zu stellen sind (S. 33 Ziff. 7-8 , S. 36 Ziff. 11). Die Gutachter hielten fest, aufgrund der klinischen Untersuchung und der konventionellen Bildgebung der HWS könnten die vom Versicherten beklagten Beschwerden nicht einem organisch-pathologischen Korrelat zugeordnet werden (S. 38 Ziff. 16.4).

2.4

Strittig und zu prüfen ist jedoch die psychiatrische Beurteilung.

Die

Z.____ -Gutachter nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Angst- und depressive Störung gemischt

(S. 38 Ziff. 7), deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sich derzeit nicht schlüssig beurteilen lassen (S. 36 Ziff. 11).

Der RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 12. April 2012 das psychiatrische Teilgutachten des Z.____ indes für nicht nachvollziehbar und führte aus, bei Angst und depressiver Störung handle es sich um eine leichte Störung gemäss ICD-10, was bei fehlendem organischen Korrelat zu keiner dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führen könne (Urk. 6/46 S. 6).

Im Austrittsbericht der A.____ vom 17. September 2012 (Urk. 6/63) berichteten die Ärzte fernher, dass der Beschwerdeführer nebst der anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung an rezidivierenden depressiven Episoden mit Affektlabilität und intermittierender Suizidalität leide, attestierten aber eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 21. September 2012 ohne Bezugnahme auf mögliche Verweistätigkeiten (S. 3 f.). Dr. med.

B.____, Neurologie FMH, verneinte sodann im Fragekatalog des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 27. Juli 2012 (Urk. 6/64)

einen neurologischen Befund, diagnostizierte eine Angststörung und hielt darüber hinaus fest, die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gestellten Fragen müssten in einem Gutachten beantwortet werden, da die Fragestellung zu komplex sei (S. 2). Schliesslich beantwortete der behandelnde Psychologe Dr. phil. C.____ die Fragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers und hielt im Bericht vom 12. Oktober 2012 (Urk. 6/65) fest, aufgrund der psychischen Symptomatik liege momentan keine Arbeitsfähigkeit weder in der vorherigen Berufstätigkeit als Bodenleger, noch in einer adaptierten Berufstätigkeit vor (S. 2).

Nach dem Dargelegten sind bezüglich des psychischen Gesundheitsschadens weder schlüssige Beurteilungen der behandelnden Ärzte aktenkundig, noch lag eine überzeugende gutachterliche Einschätzung vor, weshalb das Gericht ein entsprechendes Gutachten eingeholt

hat . 3. 3.1

Am 7. September 2013 erstattete Dr. med. D.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, das bei ihr vom Gericht in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 12). Es stützte sich auf die ihr überlassenen Akten (S. 3 ff.), die von ihr im Rahmen der Untersuchung vom 14. August 2013 erhobenen Befunde (S. 11 ff.) und telefonische Gespräche mit dem Psychologen C.____, der Ehefrau des Beschwerdeführers sowie mit der behandelnden Neurologin Dr. B.____ (S. 18 ff.).

3.2

In einem Abschnitt mit den wichtigsten Botschaften des Beschwerdeführers über sich selbst, das Leben und die anderen (S. 11 ff. Ziff. 2-4) schilderte die Gutachterin unter anderem sinngemäss die von ihm angegebenen Beschwerden. 3.3

Sie nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 5.1): - rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode (ICD-10 F33.3) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10 F62.1) - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Die Gutachterin erläuterte sodann bestimmte Aspekte der gestellten Diagnosen, so den körperlichen Ursprung der Symptomatik anlässlich des Verkehrsunfalls am 16. Oktober 2008, den Stellenwert der aktuellen körpermedizinischen Diagnosen, die im Verlauf der Jahre in den Vordergrund rückende psychische Problematik, die gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen, die genannten Diagnosen mit depressiver Störung, generalisierter Angststörung und chronischem Schmerzsyndrom, die somatoformen Symptome, die andauernde Überzeugung des Beschwerdeführers, durch die vorangegangene Krankheit verändert zu sein, die Unfähigkeit zur Aufnahme und Beibehaltung enger und vertrauensvoller persönlicher Beziehungen sowie soziale Isolation, die ausgeprägte depressive Grundstimmung und die ängstlich angespannte Grundhaltung, den massiven Anstieg der Spannungen mit aggressiven Impulsausbrüchen bis hin zu körperlichen Tätlichkeiten (S. 20 ff.). 3.4

Sodann äusserte sich die Gutachterin zu früheren medizinischen Beurteilungen (S. 25 ff.). Der psychiatrische Gutachter am Z.____

berufe sich auf die psychiatrische Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt im Sinne von ICD-10 F41.2, beschreibe aber im psychopathologischen Befund sehr klar Symptome von Angst und Depression, die durchaus mit getrennten Diagnosen von Angst und Depression vereinbar wären, weshalb unklar beziehungsweise nicht nachvollziehbar sei, wieso er schlussendlich die gemischte Störung diagnostiziere die in der Folge weniger leistungseinschränkend sei. Obwohl er die Persönlichkeitsveränderung erwogen habe, habe er diese mangels durchgeführter Fremdanamnese abgelehnt. All diese Schlussfolgerungen hätten zur Folge, dass neben der somatoformen Schmerzstörung durchaus komorbide psychiatrische Störungsbilder

diagnostiziert werden müssen und können (S. 27). 3.5

Des Weiteren hielt die Gutachterin in Beantwortung der vom Gericht gestellten Fragen betreffend Eigenständigkeit einer psychiatrischen Diagnose zum diagnostizierten Schmerzleiden fest, aus psychiatrischer Sicht bestehe neben der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung eine rezidivierende depressive Störung von klinischer Relevanz, eine ausgeprägte generalisierte Angststörung sowie eine Verhaltensänderung nach psychischer Erkrankung (S. 29 Ziff. 4.1). Ebenfalls prüfte sie die Foerster-Kriterien und gelangte zum Schluss, dass diese erfüllt seien (S. 30 f.). 3.

E. 6

Zur Arbeitsfähigkeit führte die Gutachterin aus, aufgrund der schweren Symptomatik des Beschwerdeführers in Verbindung mit den gestellten Diagnosen bestehe zum aktuellen Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit so wohl für die angestammte Tätigkeit als Montageleiter im Bodenlegerbereich, als auch für sämtliche Verweistätigkeiten. Der Verlauf der Erkrankung sei seit Oktober 2008 progredient mit einer steten Zunahme der Beschwerden durch un günstige Interaktionen der einzelnen Krankheitsbilder untereinander. Somit sei mittelfristig, das heisst vor Ablauf von sechs bis zwölf Monaten, nicht mit einer Wiederaufnahme einer verwertbaren Arbeitsleistung zu rechnen. Auch sei die Prognose insgesamt eher zurückhaltend zu stellen (S. 24). 4.

Am 20. November 2013 nahm dipl. med. E.____, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD zum Gerichtsgutachten Stellung (Urk. 19). Er führte aus, der Aufbau des Gerichtsgutachtens sei korrekt, jedoch habe nur eine einzige psychiatrische Exploration von knapp zwei Stunden stattgefunden statt eine mehrmalige. Ausserdem fehle eine Auseinandersetzung mit den somatischen Berichten und der psychopathologische Befund orientiere sich weitgehend an den Aussagen des Beschwerdeführers. Die Gedächtnisleistungen seien nicht geprüft worden (S. 1). Die Befunderhebung sei nicht AMDP konform, es werde zu wenig hinterfragt und objektiviert (S. 2 oben).

Aus Sicht des RAD sei sehr in Frage zu stellen, warum ein körperlich und psychisch vollkommen gesunder junger Mann (37 Jahre) nach einem Bagateltrauma einen solchen protrahierten Verlauf entwickle. Die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradig (ICD-10 F33.3), sei nicht nachvollziehbar. Erstens handle es sich nicht um eine rezidivierende Störung, sondern um eine depressive Episode (ICD-10 F32), deren Schweregrad unklar sei, da Widersprüche nicht geklärt seien. Ausserdem sei aufgrund des Abstützens auf rein subjektive Angaben des Beschwerdeführers die Diagnose einer generalisierten Angststörung nicht nachvollziehbar, hingegen seien die Diagnosekriterien der somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) ausreichend belegt und nachvollziehbar. Schliesslich sei die andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer

Erkrankung nicht nachvollziehbar, weil die Schwere der psychischen Erkrankung fehle und die Auswirkungen nur unzureichend beschrieben seien (S. 2). 5.

5.1

Die von der Beschwerdegegnerin in vielerlei Hinsicht beanstandete Gerichts - exper tise von Dr. D.____ erfüllt fraglos die von der Rechts pre chung (vgl. vorstehend E. 1.6) aufgestellten formellen und materiellen Voraus set - ungen an ein lege artis abgefasstes beweiskräftiges Gutachten: Die Gutach terin begründete ihr äusserst umfassendes sorgfältig erarbeitetes Ergebnis kon kret bezogen auf den Zustand des Beschwerdeführers und stützte sich dabei auf eine vollständige Aktenzusammenfassung, eine Anamneseerhebung, die subjek tiven Angaben des Beschwerdeführers und die objektiven Befund e in der Ex ploration. Das Gutachten von Dr. D.____ vermag daher in jeder Hinsicht zu überzeugen.

Es gibt aus der Sicht der Rechtsanwendung folglich nichts, das am Gutachten zu bemängeln wäre.

Sodann ist auch keine der Konstellationen gegeben, die es ausnahmsweise rechtfertigen oder gebieten würden, von den Schlussfolgerun gen eines Gerichtsgutachtens abzurücken (vgl. vorstehend E.

1.

E. 6.1

Damit sind dem Bes chwerdeführer keine Tätigkeiten – weder angepasst noch in einer Verweistätigkeit – zumutbar. Aufgrund dieser Tatsache genügt für die Er mittlung des Invaliditätsgrades die Gegenüberstellung blosser Proze ntzahlen (vgl. vorstehend E. 1. 4). Daraus result iert ein Invaliditätsgrad von 100 % und damit ein Anspruch auf eine ganze Rente.

E. 6.2

Zu prüfen bleibt der Zeitpunkt des Rentenbeginns.

Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b und c IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf die ses Jahres zu mindestens 40 % invalid im Sinne von Art. 8 ATSG sind. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Gel tendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 6.3

Vorliegend ist der Beginn der Wartefrist auf März 2010 festzulegen (Urk. 6/46 S. 6), womit das Wartejahr im März 2011 abgelaufen ist. Auch ab diesem Zeit punkt ist aufgrund der medizinischen Aktenlage eine vollständige Arbeitsunfä higkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen.

Der Beschwerdeführer meldete sich im Juni 2010 bei der Invalidenversicherung an (Urk. 6/2). Unter Berücksichtigung der dargelegten gesetzlichen Regelung (vgl. vorstehend E. 6.2) besteht der Rentenanspruch somit ab Ablauf des War tejahres , mithin ab dem 1. März 2011.

E. 6.4

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. März 2011

Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung mit der Feststellung aufzuheben, dass der Beschwerdeführer ab 1. März 2011 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

E. 7

). 5.2

Die Rüge des RAD der Beschwerdegegnerin, das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. D.____ erfülle die gestellten Anforderungen nicht, weil die Untersuchung zu kurz gedauert habe und es darüber hinaus einer mehrfachen Exploration bedürft hätte (Urk. 19 S. 1 oben), dringt nicht durch: Nach der Rechtsprechung kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an, sondern ist in erster Linie massgebend, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_330/2011 vom 8. Juni 2011 E. 5 mit Hinweisen). Dies ist hier der Fall.

Ebenfalls nicht stichhaltig sind die Beanstandungen des RAD, wonach die Befunderhebung ohne Dolmetscher durchgeführt worden sei, wodurch wichtige Informationen (z.B. Sprachgebrauch in der Muttersprache, unterschiedliche kulturelle Bedeutungen der Fragen aber auch Antworten) entgehen würden (Urk. 19 S. 1 Mitte). Dr. D.____ hat den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht gründlich untersucht und auch die damals schon vorhandenen ärztlichen Stellungnahmen und Gutachten in ihre Beurteilung miteinbezogen. Bereits im Z.____-Gutachten vom 3. April 2012 (Urk. 6/37) wurde vermerkt, dass der Beschwerdeführer seit den 80er Jahren in der Schweiz lebt, seit 2005 das Schweizer Bürgerrecht besitzt und über einen guten Wortschatz in Deutsch verfügt (S. 24 ff.). Dr. D.____ hielt in ihrem Gutachten diesbezüglich fest, er spreche recht gut Hochdeutsch, sodass die Verständigung grundsätzlich ohne irgendwelche Probleme möglich sei (Urk. 12 S. 17 unten). Ob die Abklärung in der Muttersprache der versicherten Person oder mit einer Übersetzungshilfe durchzuführen ist, hat grundsätzlich der Arzt oder die Ärztin im Rahmen sorgfältiger Auftragserfüllung zu entscheiden (AHI 2004 S.143). Es bestehen nirgends Hinweise darauf, dass die Aussagekraft und damit die beweismässige Verwertbarkeit des Gutachtens von Dr. D.____ durch Verständigungsschwierigkeiten in Frage gestellt wäre.

Schliesslich stösst auch die Kritik des RAD, Dr. D.____ habe ihre Befunde nicht nach den AMDP-Richtlinien (AMDP: Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) erhoben, ins Leere, da die Rechtsprechung solchen Testverfahren höchstens ergänzende Funktion zuerkennt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (Urteile des Bundesgerichts I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2 und 9C_458/2008 vom 23. September 2008 E. 4.2). 5.3

5.3.1

Auch die Kritik des RAD der Beschwerdegegnerin an der Diagnosestellung im Gutachten von Dr. D.____ vermag

aus den nachfolgend dargelegten Gründen nicht zu überzeugen, wobei vorab festzuhalten ist, dass der RAD lediglich das eingeholte Gerichtsgutachten überprüfte und den Beschwerdeführer nicht selbst explorierte, was die

Aussagekraft seiner Stellungnahme

im Allgemeinen meinen doch erheblich schmälert. 5.3.2

Die Gutachterin legte begründet und nachvollziehbar dar, dass beim Beschwerdeführer ein depressives Störungsbild gemäss ICD-10-Klassifizierung

vorliegt, da eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit und Verminderung des Antriebs bestünden. Ebenfalls zeige der Beschwerdeführer mehr oder weniger ausgeprägt verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven sowie Suizidgedanken. Da bei ihm zudem erhebliche Verzweiflung und Agitiertheit sowie Verlust von Selbstwertgefühl, Gefühle der Nutzlosigkeit oder Schuld vorzuherrschen würden, sei eine rezidivierende depressive Störung, aktuell eine schwere depressive Episode gemäss ICD-10 F33.3, zu diagnostizieren (Urk. 12 S. 22).

Das Vorbringen der Beschwerdegegnerin, es handle sich nicht um eine rezidivierende Störung, da seit den ersten Hinweisen auf eine Depression immer ein durchgängig depressives Zustandsbild wechselnden Ausmasses beschrieben worden sei, womit es sich um eine depressive Episode handle (vgl. vorstehend E. 4), ist nicht stichhaltig. Der vom RAD-Arzt verwendete Diagnose-Code ICD-10 F32 bezeichnet eine depressive Episode. Dabei handelt es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern und länger dauernde Störungen unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltende affektive Störung) zu subsumieren sind (Urteil des Bundesgerichts I 152/05 vom 23. Mai 2006 E. 3.3 mit Hinweis).

Da der Beschwerdeführer seit dem 2. März 2010 auf Grund seiner psychischen Beschwerden behandelt wurde (Urk. 12 S. 21), ist der von Dr. D.____ erhobene psychiatrische Befund einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell schwerer depressiver Episode (ICD-10 F33.3) überzeugender.

5.3.3

Ebenso begründete die Gutachterin schlüssig die generalisierte Angststörung gemäss den ICD-10-Richtlinien (vgl. Urk. 12 S. 22).

Diese psychiatrische Störung

wurde auch von vorangegangenen

medizinischen Berichten (vgl. Austrittsbericht der A.____ vom 17. September 2012 [Urk. 6/63], Bericht von Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 27. Juli 2012 [Urk. 6/64] und Bericht vom behandelnden Psychologen Dr. phil. C.____ vom 12. Oktober 2012 [Urk. 6/65])

gestützt, weshalb nicht gesagt werden kann, die Gutachterin habe lediglich auf die subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers abgestellt. 5.3.4

Schliesslich legte Dr. D. ___ überzeugend das Auftreten einer andauern den Persönlichkeitsänderung nach psychischer Erkrankung und deren Herleitung unter anderem mittels Angaben der Ehefrau sowie aus den Unterlagen und den dokumentierten Gesprächen mit der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen (Urk. 12 S. 23 f.) dar, weshalb dem Einwand der Beschwerdegegnerin, die Auswirkungen und die Schwere dieser Erkrankung seien nur unzureichend beschrieben worden (vgl. vorstehend E. 4), nicht gefolgt werden kann. 5.4

Nach dem Gesagten vermögen die Vorbringen der Beschwerdegegnerin die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens nicht in Frage zu stellen.

Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten von Dr. D. ___ davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (zumindest vorläufig) eine volle Arbeitsunfähigkeit besteht. Da die Gutachterin einen progredienten Verlauf mit steter Zunahme der Beschwerden seit Oktober 2008 aufzeigte und der RAD in seiner versicherungsmedizinischen

Beurteilung vom 12. April 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2. März

2010 annahm (Urk. 6/46 S. 6), ist der Beginn der durchgehenden Arbeitsunfähigkeit auf dieses Datum zu setzen. Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. Damit erübrigt sich auch vorläufig die Prüfung des Anspruches auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. 6.

E. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Invaliditätsleistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festgesetzt und der Beschwerdegegnerin als unterliegender Partei auferlegt.

Die Kosten für das Gerichtsgutachten von Dr. D. ___ vom 7. September 2013 in Höhe von Fr. 6'300.-- (Urk. 13) sind, wie im Beschluss vom 14. Mai 2013 (Urk. 7) festgehalten, ebenfalls der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, war doch der medizinische Sachverhalt bei Verfügungserlass ungenügend erstellt.

E. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Der obsiegende Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und bei einem praxismässigen Ansatz von Fr. 200.-- pro Stunde auf Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. Januar 2013 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. März 2011 Anspruch auf eine ganze Rente der Inva

lidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- und die Kosten für das Gerichtsgutachten in Höhe von Fr. 6'300.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zuge stellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent - schädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli -
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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

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