

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00020 vom 19. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00020

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00020 du 19 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00020 del 19 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960,

erlangte 2003 das eidgenössische Diplom als Ge bäu dereinigungsfachmann und war zuletzt von

Mai 2008 bis

Ende Februar 2012 als Gruppenleiter des Reinigungs - und Transport dienst es

des Spitals

Y.____

tätig, wobei er ab 1. Oktober 2011 krankgeschrieben war (Urk. 7/1/1, Urk. 7/12 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7 und Ziff. 2.14, Urk. 7/17/1 Mitte). Unter Hinweis auf einen Bandscheibenvorfall sowie eine psychische Erkrankung meldete sich der Versicherte am 17. Oktober 2011 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/9, Urk. 7/17, Urk. 7/24, Urk. 7/33) bei. Im Dezember 2012 (Urk. 7/27) liess die zuständige Vorsorgeeinrichtung, die BVK Personalvorsorge des Kantons Zürich (nachfolgend: BVK), der IV-Stelle zwei von ihr veranlasste Gutachten - ein allgemeinmedizinisches vom 8. Februar 2012 (Urk. 7/26/1-8)

und ein psychiatrisches vom 21. November 2012 (Urk. 7/26/9-41) - sowie im Januar 2013 (Urk. 7/29) eine ergänzende Stellungnahme des psychiatrischen Gutachters

vom 31. Dezember 2012 (Urk. 7/28) zukommen.

Mit Vorbescheid vom 4. Juli 2013 (Urk. 7/38) stellte die IV-Stelle die Ausrichtung einer ganzen Rente ab April 2012 und

einer

Dreiviertelsrente ab August 2012 in Aussicht, wogegen die BVK am 6. August 2013 Einwände erhob (Urk. 7/45). Mit Verfügung vom 21. November 2013 (Urk. 7/49 und Urk. 7/55 ff. = Urk. 2) sprach die IV-Stelle dem Versicherten die mit Vorbescheid angekündigte abgestufte Invalidenrente zu.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrecht s , ATSG). Erwerbsunfähig keit 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.

E. 1.2

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

E. 1.5

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Ver ordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V

264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Ände rung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Ver gleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Renten beginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete

oder im Sinne einer Reduk tion abgestufte Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung oder die Reduktion der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I

526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 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 einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V

351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen seit dem 2. Dezember 2009 erheblich eingeschränkt sei. Nach Ablauf der Wartezeit im Dezember 2010 sei in ihm die angestammte Tätigkeit sowie jegliche angepassten Tätigkeiten im Rahmen von 50 % zumutbar gewesen (Verfügungsteil 2 S. 2 oben). Ab Oktober 2011 habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert und vorerst keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden, womit - unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen zum Beginn und zur Änderung des Anspruchs - ab April 2012 Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (Verfügungsteil 2 S. 2 Mitte, S. 2 unten). Seit dem 4. April 2012 (Datum der von der Beschwerdeführerin veranlassten psychiatrischen Begutachtung)

seien dem Beigeladenen jegliche angepassten Arbeiten im Rahmen von 50 % zumutbar. Bei der Gegenüberstellung des von ihm

im Spital Y. _____

zuletzt erzielten (Validen-)

Einkommens und des gestützt auf statistische Tabellenlöhne zu ermittelnden und behinderungsbedingt um 10 %

zu reduzieren den

Invalideneinkommens resultiere

ein Invaliditätsgrad von 68 %, womit unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen zur Änderung des Anspruchs ab 1. August 2012 Anspruch auf eine Dreiviertelrente bestehe (Verfügungsteil 2 S. 2 unten).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte sich in ihrer Beschwerde (Urk. 1) gegen die Herabsetzung der ganzen Rente per August 2012. Sie machte geltend, entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin könne gestützt auf das von ihr eingeholte

psychiatrische Gutachten und die ergänzende Stellungnahme des Gutachters nicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustands ab April 2012 ausgegangen werden. Der Gutachter habe vielmehr eine prognostische Einschätzung abgegeben, die sich nicht verwirklicht habe. Er habe nie festgehalten, dass der Beigeladene die attestierte medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % ab April 2012 verwerten könne, sondern therapeutische und insbesondere auch integrative Massnahmen als erforderlich erachtet. Solche seien in der Zwischenzeit durchgeführt worden, hätten jedoch zu keiner Verbesserung des Gesundheitszustands geführt, sodass eine stufenweise Eingliederung bis heute unmöglich gewesen sei und auch nicht habe versucht werden können. Angesichts dieses Verlaufs hätte die Beschwerdegegnerin nicht auf die vom Gutachter empfohlene Nachbegutachtung verzichten dürfen (S. 6 f. Ziff. 2.1). Da die behandelnden Ärzte einen unverändert schlechten Gesundheitszustand und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit

bestätigten, drängten sich jedoch keine weiteren Abklärungen auf und sei weiterhin ein Anspruch auf eine ganze Rente ausge wiesen (S. 7 f. Ziff. 2.2, Ziff. 3).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen - aus näher darge legten Gründen - sowohl für die Zeit bis April 2012 als auch für die Zeit danach als unklar erweise, weshalb weitere Abklärungen angezeigt seien.

E. 2.4

Replikweise (Urk. 9) hielt die Beschwerdeführerin fest, dass sich zusätzliche Abklä r ungen mit Blick auf die Berichte der behandelnden Ärzte ihres Erachtens weiterhin nicht auf drängten (S. 4 Ziff. 4), sie s ich jedoch nicht geg en zusätz li che Abklärungen betreffend die Ze it vor April 2012

sowie die Zeit danach stelle , wobei ein e

Nachbegutachtung durch den bereits mit dem Beigeladenen befasst en psychiatrischen Gutachter zu erfolgen hätte , nachdem dieser selbst eine sol che empfohlen habe (S. 2 f. Ziff. 1-2) .

E. 2.5

Der Beigeladene äusserte sich in seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2015 (Urk. 19) zusammengefasst dahingehend, dass er gestützt auf die Verlaufsbe rich te der behandelnden Ärzte mit dem Hauptantrag der Beschwerdeführerin übereinstimme. Die Experten seien zum Schluss gelangt, dass bei ihm nach wie vor und bis auf weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arten von Tätigkeiten bestehe. Weitere Abklärungen drängten sich in keiner Art und Weise auf, weshalb auf eine Rückweisung zu verzichten sei (S. 4 unten). 3 . 3 .1

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beigeladenen u nd in diesem Zu sammenhang insbesondere die Frage, ob d ie medizinischen Akten eine hin rei c hende Entscheidungsgrundlage bilde n . Die gerichtliche Überprüfung hat dabei den gesamten verfügungsweise geregelten Zeitraum zu erfassen (vgl. vorstehend E. 1.5). 3 .2

D er Be igeladene

meldete sich im Oktober 2011 zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2) . Damit konnte ein allfälliger Rentenanspruc h frühes tens im April 2012 entstehen (Art. 29 Abs. 1 IVG). Dass d er Beigeladene in diesem Zeitpunkt das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG erfüllt hat te , ist unbestrit ten u nd

kann aufgrund der in den medizinischen Akten bis zum April 2012 dokumentie rten Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 7/10/6

Ziff. 1.6, Urk. 7/26/36 unten)

als erstellt gelten (vgl. auch Urk. 7/36 S. 2 oben und S. 7 oben) . 3 .3

Zu prüfen ist, wie es sich mit dem Invaliditätsgrad des Beigeladenen

ab April 2012 verhielt (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit . c IVG). Zur Beurteilung dieser Frage sind jene medizinischen Berichte von Interesse, welche sich zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen ab April 2012 äussern. Den Ausfüh rungen der

Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, wonach sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit vor April 2012 als unklar und weiter abklärungsbedürftig erwiesen (Urk. 6 Ziff. 2), kann insofern nicht gefolgt werden, als die Zeit vor April 2012 für den Rentenanspruch des Beigeladenen, welcher frühestens im April 2012 entstehen konnte, nicht von Relevanz ist. Die Beschwerdegegnerin hat weder für die Zeit vor der Anmeldung zum Leistungsbezug noch für die ersten sechs Monate danach den Rentenanspruch zu prüfen und ist insoweit von Abklärungen freigestellt (Meyer/ Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genève 2014,

Art. 29 Nr. 4). Entgegen der Auffassung der Parteien und des Beigeladenen stellt sich sodann

insbesondere auch nicht die Frage, ob per April 2012 eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Sachverhalts

im Sinne einer Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Vielmehr ist danach zu fragen, wie sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit ab April 2012 bis zum massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2013 präsentierte und ob sich diese Frage gestützt auf die aufliegenden medizinischen Akten beantworten lässt. Für die Anwendung von Art. 88a IVV, welcher die Änderung des Anspruchs betrifft, besteht - entgegen der in der angefochtenen Verfügung vertretenen Auffassung - kein Raum, solange der Rentenanspruch nicht entstanden ist. 4.4.1

Dr. med. Z.____, Praktische Ärztin, gelangte in ihrem am 8. Februar 2012 erstatteten (Verlaufs-)Gutachten (Urk. 7/26/1-8) nach am 2. Juli 2010 (vgl. S. 3 f.) und am 7. Februar 2012 (vgl. S. 2 oben und S. 5 oben) erfolgter Untersuchung des Beigeladenen zum Schluss, dass die aktuelle Krankschreibung auf einer psychischen Erkrankung beruhe und aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 7 unten). 4.2

Am 21. November 2012 erstattete Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 7/26/9-41). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 f., S. 6 ff.), die Angaben des Beigeladenen anlässlich der Untersuchung vom 4. April 2012 (S. 14 ff., vgl. S. 1 unten) und ein am 14. November 2012 geführtes Telefongespräch

(S. 13 unten), die eingeholten fremdanamnestischen Auskünfte (S. 13 oben) sowie die anlässlich der Untersuchung vom 4. April 2012 erhobenen Befunde (S. 18 ff.).

Zur Herleitung der psychiatrischen Diagnose (S. 21 ff.)

führte der Gutachter unter anderem aus, die den Beigeladenen seit 2006 behandelnden Fachpersonen der Klinik B.____, Psychiatriezentrum Y.____, hätten einen etwa ab dem Jahr 2005 beginnenden psychiatrischen Gesundheitsschaden im Sinne einer schweren depressiven Episode mit diskreten psychotischen Symptomen bei bekannter rezidivierender depressiver Störung, einer posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie einer Tendenz zur Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung bei bekanntem chronischem zervikobrachialem Schmerzsyndrom, welches 2004 mittels Magnetresonanztomographie (MRI) diagnostiziert worden sei, beschrieben. Auch in der jüngsten Einschätzung des Psychiatriezentrums Y.____ würden die diagnostischen Verhältnisse noch so wiedergegeben (S. 21 Mitte).

Die Diagnose einer PTBS könne bestätigt werden. Da der Beigeladene jedoch angegeben habe, dass die Symptomatik nicht mehr sehr akut und intensiv ausgebildet sei, sei

die Diagnose nicht als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufzuführen (S. 22 Mitte). Hingegen sei noch eine derzeit mit mittelgradiger depressiver Symptomatik vorhandene mit einer psychophysischen Erschöpfbarkeit, einer depressiven Verstimmung, einer gewissen Anhedonie, Störungen in der Auffassung, der Konzentration und der Mnestic sowie einer gewissen psychovegetativen Begleitsymptomatik (Ängste, Unsicherheiten, verstärktes Schmerzerleben, Schlafstörungen, die allerdings durch die Medikation in den Griff genommen worden seien). Zum einen sei eine rezidivierende depressive Störung festzuhalten und zum anderen sei klinisch von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom auszugehen (S. 22 unten). Für die Entstehung und Entwicklung vor allem dieser affektiven Störung sei eine akzentuierte Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Verhaltensweisen mitverantwortlich; diese Verhaltensweisen seien wohl durchaus schon in der Anlage der Persönlichkeit vorhanden gewesen, seien jedenfalls später ein mal entfaltet worden und hätten sich erhalten durch lebensgeschichtlich bedeutsame Ereignisse wie etwa die traumatisierenden Erlebnisse im türkischen Gefängnis um 1983 und später dazu gekommene, für das Jahr 2010 deutlich beschriebene Arbeitsplatzkonflikte in der Schweiz (S. 22 unten, S. 23 oben). Diesen Persönlichkeitsmerkmalen seien auch die in den Arztberichten des Psychiazentrums Y.____ erwähnten „diskreten psychotischen Symptome“ im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung zuzuschreiben (S. 23 oben). Sodann bestehe ein orthopädisch-rheumatologischer Schaden, der bildgebend und auch klinisch nachgewiesen worden sei. Dr. Z.____ habe in ihrem Gutachten aber auch festgehalten, dass die Störung nicht ausreichend sei, um das Schmerzausmass und die reklamierten funktionellen Beeinträchtigungen hinreichend zu erklären. Es sei daher angemessen, von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen, zumal beim Beigeladenen auch diverse psychosoziale Probleme, die schwer genug seien, um als Auslöser für eine solche Störung zu fungieren, vorhanden seien (S. 23 Mitte). Die psychosozialen Faktoren und das damit entwickelte Vermeidungsverhalten hätten eine gewisse Autodynamik angenommen, die durch selbstlimitierende Verhaltensweisen oder Tendenzen eines prinzipiell noch vorhandenen restlichen Leistungsvermögens charakterisiert seien, mithin durch eine dynamisch verständliche aber gleichwohl dysfunktionale Symptombewältigung. Die Entwicklung scheine sich zu verstärken (S. 24 oben).

Zusammenfassend nannte der Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 3.2): Achse I: klinische Störungen - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) Achse II: (Strukturdiagnose) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden Verhaltensweisen und Selbstwertproblematik Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete der Gutachter folgende Diagnosen (S. 24 f. Ziff. 3.3): Achse I: klinische Störungen - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Entwicklung ab der Diagnosestellung eines orthopädischen Schadens - PTBS (ICD-10 F43.1) Achse III: medizinische Krankheitsfaktoren - Diagnosen gemäss den

Gutachten von Dr. Z.____ aus den Jahren 2010 und 2012, wobei gemäss Gutachten aus dem Jahr 2012 keine Störung mit Aktivität vorliegende Achse IV: psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme - berufliche Schwierigkeiten, wobei konsequent auch andere soziale und familiäre Probleme entstanden seien; der Beigeladene sei seit längerer Zeit (seit

Sommer 2011) nicht mehr arbeits- beziehungsweise berufstätig, die weitere Perspektive sei derzeit gänzlich ungeklärt. Achse V: globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF) - beim Beigeladenen ergebe sich momentan noch ein Score zwischen 51 und 60. Es lägen also immerhin bemerkbare störende Einschränkungen der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit vor, welche 50 % der Arbeitsunfähigkeit ausmachten, wobei diese dann aus dem diagnostisch abgebildeten psychiatrischen Gesundheitsschaden in begründeter Weise abgeleitet werden könnten. Die zweite Hälfte der reklamierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit gehe jedoch auf die psychosozialen Einflussgrößen zurück, im Sinne einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung mit einem sich entwickelnden sekundären Krankheitsgewinn mit Selbstlimitierung einer an sich noch disponiblen Restarbeitsfähigkeit (von eben 50 %).

Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, die Bestimmung der Aktivitäts- und Partizipationsverluste anhand des Mini-ICF habe ergeben, dass die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Durchhaltefähigkeit und die Gruppenfähigkeit mittelgradig eingeschränkt seien. Leicht bis mittelgradig eingeschränkt seien die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Fähigkeit zu familiären Beziehungen, die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten und zur Selbstpflege sowie die passive Verkehrsfähigkeit, die aktive sei gar nicht gegeben (S. 27 oben).

Daraus ergebe sich, begründet ableitbar aus dem diagnostisch festgehaltenen psychiatrischen Gesundheitsschaden und gültig ab dem Zeitpunkt der Begutachtung, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit an einem adaptierten Arbeitsplatz (prinzipiell im freien Arbeitsmarkt), wobei den geschilderten Einschränkungen Rechnung zu tragen sei (S. 27 Mitte).

Denkbar wäre ein Arbeitsinsatz mit nur einfachen Anforderungen an das Durchhaltevermögen und die kognitiven Fertigkeiten, beispielsweise in der Lagerverwaltung. Da aber eine längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und eine selbstlimitierende Verhaltensweise im Zusammenhang mit einer inadäquaten Krankheitsbewältigung eine beträchtliche Rolle spielten, sei es sinnvoller, eine stufenweise Wiedereingliederung mindestens zu versuchen

(S. 29 lit. B). Rein medizinisch-theoretisch könnte ein Teilpensum von 50 % an einem angepassten Arbeitsplatz per sofort bewältigt werden. Es erscheine aber erfolgsversprechender, wenn der Beigeladene über vorgeschaltete integrative berufliche Massnahmen seinerseits geführt werde (S. 29 lit. C). Solche seien ihm zumutbar und, jedenfalls prinzipiell, geeignet, die Restarbeitsfähigkeit von 50 % signifikant anzuheben. Im Bedarfsfalle könne auch eine Schadenminderungspflicht formuliert werden (S. 28 oben).

Medizinalfremde Gründe in Form eines Vermeidungsverhaltens mit sekundärem Krankheitsgewinn und selbstlimitierenden Faktoren seien beim Beigeladenen seit geraumer Zeit vermehrt wirksam. Trotz der Einflüsse dieser Faktoren bestehe eine aus einem psychiatrischen Gesundheitsschaden herleitbare Minderung der Arbeitsfähigkeit um 50 % (S. 31 lit. G).

Beim Gesundheitsschaden des Beigeladenen handle es sich, medizinisch-theoretisch betrachtet, um ein kurati ves Leiden, das durch eine entsprechende Behandlung verbesserbar sei (S. 27 Mitte). Zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei die integrative Behandlung im Psychiatricentrum Y.____ fortzuführen. In der medikamentösen Therapie bestehe noch einiger - nä her dargelegter - Spielraum. Noch wichtiger seien aber Versuche zur beruflichen Wiedereingliederung (S. 27 Ziff. 4.2, S. 30 lit . F). 4 .3

Am 3 1. Dezember 2012 (Urk. 7/28) nahm Dr. A.____ Stellung zu den ihm von der Beschwerdeführerin unterbreiteten Zusatzfragen. Im Sinne eines Fazits hielt er fest, dass bezogen auf die letzte Tätigkeit (inklusive Leitungs funktion , a fortiori für jedwede Verweistätigkeit im freien Arbeitsmarkt) min destens zum jetzigen Zeitpunkt und auch für unabsehbare Zeit darüber hinaus keine Berufsunfähigkeit vorliege; eine ausreichend lange und suffizient geführte multimodale Fachbehandlung, zu der zu gegebener Zeit auch ein Arbeitsversuch gehöre, könne den Gesundheitsschaden beheben. Das Ergebnis dieser Bemühun gen sollte spätestens im Juni 2013 durch eine psychiatrische Nachbegutachtung evaluiert werden (S. 3). 4 .4

Dr. med. C.____ , Oberärztin, Klinik B.____ , Psychiatricentrum Y.____ , berichtete am 2. Juli 2012 (Urk. 7/23) und nannte folgende Diagnosen mit Aus wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - schwere depressive Episode mit diskreten psychotischen Symptomen bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.3), bestehend seit min destens Oktober 2005 - bekannte PTBS (ICD-10 F 43.1), vermutlich schon früher bestehend, ohne Behandlung - Tendenz zur Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung bei bekanntem chronischem zervikobrachialem Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.4)

Sie führte aus, es bestehe weiterhin eine deprimierte Stimmungslage, jedoch nicht mehr so ausgeprägt wie im letzten Bericht vom November 2011 (vgl. Urk. 7/11) beschrieben. D urch den Wegfall des Druckes am Arbeitsplatz habe sic h die Situation etwas entspannt (S. 1 unten, S. 2 oben). Obwohl sich ein Teil der Symptomatik leicht gebessert und sich der psychische Gesundheitszustand insgesamt etwas stabilisiert habe, bleibe das Leistungsniveau weiterhin auf nur sehr ger ingem Niveau konstant. Jegliche innere n oder äussere n Belastungen führten schnell zu einer Labilisierung des Gesundheitszustandes beziehungsweise zu einer erneuten Dekompensation. Der Be igeladene sei nach wie vor bereits mit leichten Alltagsaufgaben schnell überfordert.

Au ch nach längerer und in tensiverer (vgl. dazu Ziff. 1.5) Therapie müsse weiterhin von einer schlech ten Prognose ausgegangen werden .

Im ersten Arbeitsmarkt werde der Beigeladene sicherlich keine Arbeitsfähigkeit mehr erreichen. Nach wie vor wäre er auch bei einer Arbeit im geschützten Rahmen überfordert , könne er doch nur mit Mühe das tagesklinische Programm besuchen (S. 2 Mitte).

Da die Depression ins ge samt nur leichtgradig zurückgegangen sei, bestünden weiterhin schwere Auf merk samkeits -, Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen sowie Gedächtnis funktionsstörungen . Die Stimmungslage sei phasenweise immer wie der deu tlich niedergestimmt. Weiterhin bestünden eine schwere Antriebsstörung und über weite Strecken auch Freud- und Lustlosigkeit sowie Traurigkeit. Bei auch nur geringen Anforderungen im Alltag oder auch bei freiwilligen „ Arbeitsversu chen “ in der von seiner Ehefrau betriebenen Cafeteria stosse der Beigeladene sehr schnell an seine Grenzen und

gerate in Überforderungssituationen, die die gesamte Symptomatik erneut aufflammen liessen. Es sei deshalb nach wie vor eindeutig, dass er seiner angestammten Tätigkeit in keiner Art und Weise nachgehen könnte (Ziff. 1.7). 4.5

In ihrem Bericht vom 17. August 2012 zu Händen des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/24/2-6) nannte Dr. C._____

folgende Diagnosen (Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig bis schwer ausgeprägt (ICD-10 F33.2) - Status nach

schwerer Ausprägung mit psychotischen Symptomen - PTBS - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung bei bekanntem chronischem zervikobrachialem Schmerzsyndrom - aktuell leicht gebessert

Dr. C._____

berichtete von weiterhin bestehenden, sehr schweren

Aufmerksamkeits-, Merkfähigkeits- und Konzentrations- sowie Gedächtnisstörungen, welche auch im wöchentlichen kognitiven Training regelmässig festgestellt werden könnten. Aufgrund der Antriebsstörung sowie der noch leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik mit Motivationslosigkeit bestehe ein deutlich vermindertes Durchhaltevermögen, sodass der Beigeladene nur kurz an einer Arbeit drableiben könne und bereits nach zehn bis 15 Minuten eine Pause brauche. Weiter hinderlich seien die innere Unruhe, Nervosität und erhöhte Lärmempfindlichkeit sowie Reizbarkeit (Ziff. 7 lit. b). Der Beigeladene sei in jeglicher Arbeitstätigkeit, sowohl auf dem freien Arbeitsmarkt wie auch in geschütztem Rahmen, deutlich überfordert und daher weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 8-9). 4.6

Am 17. Januar 2013 (Urk. 7/30) berichtete Dr. C._____, der Gesundheitszustand sei insgesamt auf einem sehr tiefen Niveau konstant schlecht geblieben. Wegen fehlender Besserung der Symptomatik sei die Therapie weiter ausgebaut worden (S. 1 Mitte). Bei gleichgebliebener Symptomatik bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, sowohl im zuletzt ausgeübten Beruf wie auch in jeder anderen Tätigkeit (S. 1 unten). Es

sei davon auszugehen, dass sich beim in früheren Jahren schwer traumatisierten und belasteten Patienten, der danach während vielen Jahren mit viel Mühe ein normales Familien- und Berufsleben habe aufrecht erhalten und

in den letzten Jahren mehrere Krisen erfolgreich habe therapieren und meistern können, ein nicht mehr auffangbarer schwerer Einbruch eingestellt habe. Bestenfalls könne der Gesundheitszustand auf dem aktuellen niedrigen Niveau stabil gehalten werden (S. 2). 4.7

Dipl. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in seiner Stellungnahme vom 29. April 2013 (Urk. 7/36 S. 5 f.) aus, entsprechend dem somatischen Gutachten von Dr. Z._____ bestehe keine Berufsunfähigkeit, die Einschränkungen seien durch das psychische Leiden begründet (S. 5 unten). Aus Sicht des psychiatrischen Gutachters bestehe eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch einer angepassten Tätigkeit, jedoch keine dauerhafte Berufsunfähigkeit. Trotz Umsetzung der geforderten medizinischen Massnahmen sei gemäss aktuellstem Bericht der Ärzte des Psychiatriezentrums Y._____ keine Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten, weshalb auf die vom Gutachter für Juni 2013 empfohlene Nachbegutachtung zu verzichten und weiterhin auf

dessen Einschätzung abzustellen sei. Eine erneute medizinische Beurteilung sollte in zwölf Monaten erfolgen (S. 6 oben).

Am 3. Juli 2013 korrigierte Dipl. med. D.____ seine Stellungnahme dahin gehend, dass für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, jedoch - wie im Gutachten beschrieben - eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten (Urk. 7/36/6 unten). 4.8

Am 18. September 2013 (Urk. 7/47) berichtete

Dr. med. C.____, der Gesundheitszustand sei stationär und die Diagnosen hätten sich nicht verändert (Ziff. 1). Seit dem letzten Bericht hätten mehrere Belastungssituationen im privaten Bereich (Probleme mit dem Sohn und innerhalb der Familie) zwei Mal zu einem plötzlichen Einbruch mit einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik und erneuten schweren Schlafstörungen geführt, wobei beides mit therapeutischen Gesprächen und mit einer leichten Erhöhung der Medikation gut aufgefangen werden könne. Diese Ereignisse hätten jedoch einmal mehr gezeigt, dass der Beigeladene kaum belastbar sei und auch bereits schwierige Situationen im Alltag und Familienleben seinen Gesundheitszustand massiv verschlechterten und labilisierten (Ziff. 3). Es bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, sowohl im normalen wie auch in behinderungsgeschütztem Umfeld. Die Symptomatik sei ausgesprochen stark chronifiziert und der Verlauf insgesamt so schlecht, dass weiterhin von einer sehr schlechten Prognose für die Zukunft auszugehen sei (Ziff. 9). 4.9

In seiner Stellungnahme vom 4. Oktober 2013 (Urk. 7/48/2 unten) äusserte sich Dipl. med. D.____, RAD, dahingehend, dass der Verlaufsbericht von Dr. C.____ keine neuen, nicht bereits berücksichtigten Sachverhalte aufzeige und aus medizinischer Sicht am Entscheid festzuhalten sei. 5.5.1

Die Parteien sind sich dahingehend einig, dass allfällige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen durch ein psychisches Leiden bedingt sind. Dies steht im Einklang mit der medizinischen Aktenlage, namentlich dem Gutachten von Dr. Z.____ vom Februar 2012 (vorstehend E. 4.1), wonach kein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes somatisches Leiden ausgewiesen ist. 5.2

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beigeladenen liegen die gutachterliche Einschätzung durch

Dr. A.____

(vorstehend E. 4.2) sowie die Einschätzungen der behandelnden Ärztin des Psychiazentrums Y.____, Dr. C.____ (vorstehend E. 4.4-6 und E. 4.8), vor. Während Dr. A.____ ab dem Zeitpunkt der Begutachtung des Beigeladenen im April 2012, welcher sich mit dem für den Beginn des Rentenanspruchs massgebenden Zeitpunkt deckt (vgl. vorstehend E. 3.3), von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit ausging, attestierte Dr. C.____ dem Beigeladenen eine anhaltende, vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Arten von Tätigkeiten. 5.3

Das Gutachten von Dr. A.____ (vorstehend E. 4.2)

wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und basiert auf einer eigenen fachpsychiatrischen Untersuchung, im Rahmen welcher eine sorgfältige Anamnese- und Befunderhebung erfolgte. Der Beigeladene wurde dabei insbesondere ausführlich zu r

Krankheitsgeschichte und zu seinen Beschwerden befragt. In Auseinandersetzung mit den früheren medizinischen Beurteilungen, den Angaben des Beigeladenen, den eingeholten fremdanamnestischen Auskünften und den erhobenen psychischen Befunden leitete Dr. A. ___ die aus psychiatrischer Sicht zu stellenden Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise her.

Sodann nahm der Gutachter

eingehend Stellung zur Frage,

wie und in welchem Ausmass sich der von ihm festgestellte psychische Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beigeladenen auswirkt. Er legte in schlüssig begründeter Weise dar, dass die Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen aufgrund eines im Zeitpunkt der Begutachtung mittelgradig ausgeprägten

depressiven Leidens eingeschränkt ist, sich die Attestierung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit jedoch nicht rechtfertigen lässt, da das geklagte Beschwerdebild erheblich durch medizinisch fremde Faktoren im Sinne eines im Zusammenhang mit psychosozialen Faktoren entwickelten Vermeidungsverhaltens mit sekundärem Krankheitsgewinn und Selbstlimitierung

mitgeprägt wird.

Diese invaliditätsfremden

Faktoren (vgl. vorstehend E. 1.2) liess

er im Rahmen seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zu Recht unberücksichtigt und gelangte zum begründeten und überzeugenden Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen aufgrund des fachärztlich feststellbaren psychischen Substrats an einem adaptierten Arbeitsplatz um 50 % reduziert ist. Unter Hinweis auf die anhand des Mini-ICF ermittelten Aktivitäts- und Partizipationsverluste legte er sodann

dar, welches die limitierenden Rahmenbedingungen eines adaptierten Arbeitsplatzes sind beziehungsweise welchen qualitativen Einschränkungen des Beigeladenen dieser Rechnung zu tragen hat.

Damit erfüllt das Gutachten von Dr. A. ___

die nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.6), weshalb grundsätzlich darauf abzustellen ist. 5.4

In ihrer Beschwerdeantwort machte die Beschwerdegegnerin geltend, es sei

unklar, ob sich die von Dr. A. ___ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit auch auf die angestammte Tätigkeit beziehe

(Urk. 6 S. 2 unten), weshalb sich eine Rückweisung aufdränge. Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den (Eventual-)Standpunkt, die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. A. ___ beziehe sich auch auf die angestammte Tätigkeit (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 2.3, Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

S. 3 f. Ziff. 3, Urk. 24).

Im Gutachten von Dr. A. ___ findet sich eine ausführliche Beschreibung des Anforderungsprofils der vom Beigeladenen zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gruppenleiter im Reinigungsdienst

(Urk. 7/26 /3 6 Mitte) . Demnach hatte er mehrere Mitarbeiter unter sich , deren Arbeitsablauf er zu organisieren, zu kontrollieren und zu korrigieren hatte. Des Weiteren war er unter anderem zuständig für die Planung und Dokumentation der Grundreinigungsarbeiten . Gemäss Angaben der vormaligen Arbeitgeberin stellte die Arbeit mittlere Anforderungen an die Konzentration, die Aufmerksamkeit sowie das Durchhaltevermögen und grosse Anforderungen an die Sorgfalt in der Durchführung der Arbeiten und das Auffassungsvermögen (Urk. 7/12/7 unten) . Dieses Anforderungsprofil

lässt sich nicht vereinbaren mit den von Dr. A. ___ beschriebenen , sich aus den Beeinträchtigungen des Beigeladenen ergebenden Rahmenbedingungen einer adaptierten Tätigkeit , sind beim Beigeladenen doch unter anderem die Fähigkeit

zur Planung und Strukturierung von Aufgaben , die Durchhaltefähigkeit, die Gruppenfähigkeit , die Kontaktfähigkeit zu Dritten so wie die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen eingeschränkt .

Nach dem Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit gefragt (vgl. Urk. 7/26/39 oben) führte Dr. A. ___ denn auch aus, dass denkbar ein Arbeits einsatz mit nur einfachen Anforderungen an das Durchhaltevermögen und die kognitiven Fertigkeiten wäre, wobei er als Beispiel

eine Tätigkeit in der Lagerverwaltung nannte (vgl. vorstehend E. 4.2), welche sich offensichtlich nicht mit der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gruppenleiter vergleichen lässt.

Soweit Dr. A. ___ in seiner ergänzenden Stellungnahme

vom Dezember 2012 (vorstehend E. 4.3) nunmehr eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit auch für

die angestammte / zuletzt ausgeübte Tätigkeit postulierte (vgl. Urk. 7/28 S. 2 Mitte), steht dies im Widerspruch zu seinen Ausführungen im Gutachten vom November 2012. Mit Blick auf die im Gutachten geschilderten limitierenden Rahmenbedingungen einer adaptierten Tätigkeit vermag diese nicht weiter begründete Einschätzung nicht zu überzeugen. Abgesehen davon

verneinte

im Juli 2013 auch RAD-Arzt Dipl. med.

D.____

eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 4.7). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht daher kein weiterer Abklärungsbedarf. 5.5

Gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____

ist davon auszugehen, dass der Beigeladene medizinisch-theoretisch gesehen ein Teilpensum von 50 % an einem adaptierten Arbeitsplatz

bewältigen kann (vgl. vorstehend E. 4.2). Dass er diese Restarbeitsfähigkeit bislang nicht umsetzte, ist auf die im Gutachten beschriebenen invaliditätsfremden Gründe wie die längere Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und die selbstlimitierende Verhaltensweise im Zusammenhang mit einer inadäquaten Krankheitsbewältigung zurückzuführen. Diese invaliditätsfremden Faktoren sind denn auch der Grund dafür, dass Dr. A.____ die stufenweise Wiedereingliederung des Beigeladenen mittels vorgeschalteter beruflicher Massnahmen empfahl, wobei er davon ausging, dass damit sowie unter Fortführung und Optimierung der therapeutischen Massnahmen die aus medizinisch-theoretischer Sicht noch bestehende 50%ige Restarbeitsfähigkeit signifikant angehoben werden kann (vgl. vorstehend E. 4.2).

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs ist die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgebend. Invaliditätsfremde Gründe, welche der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit entgegen stehen, sind unbeachtlich. Der Umstand, dass die von Dr. A.____ empfohlenen beruflichen Massnahmen bislang nicht durchgeführt werden konnten, lässt daher entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. vorstehend E. 2.2) nicht den Schluss

auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu. 5.6

Im Gegensatz zu Dr. A.____ ging die behandelnde Ärztin

Dr. C.____, Psychiatricentrum Y.____, vom Vorliegen eines chronifizierten, zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führenden schweren depressiven Leidens aus. Ihre Berichte vermögen die gutachterliche Einschätzung einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit jedoch nicht in Frage zu stellen. Ein entscheidender Schwachpunkt ist vor allem darin zu sehen, dass sich Dr. C.____

zu keinem Zeitpunkt mit den von Dr. A.____ beschriebenen medizinischen - und invaliditätsfremden Faktoren, welche im Krankheitsbild des Beigeladenen eine zentrale Rolle spielen, auseinandersetzte.

Es ist auch nicht ersichtlich, dass die gutachterliche Empfehlung, diese Faktoren im Rahmen der Behandlung anzusprechen und mit dem Beigeladenen und seinen Angehörigen zu bearbeiten (vgl. Urk. 7/26/41 oben, Urk. 7/28 S. 2 unten), umgesetzt wurde.

Abgesehen davon erweisen sich die Berichte von Dr. C.____

insofern als widersprüchlich, als in diagnostischer Hinsicht durchwegs eine schwere beziehungsweise mittelgradig bis schwer ausgeprägte Depressivität festgehalten, gleichzeitig aber von einer nur noch leichtgradig ausgeprägten depressiven Symptomatik (vgl. vorstehend E. 4.5) berichtet wird.

Schliesslich gilt es nicht zuletzt der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) ,

was eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihrer Berichte rechtfertigt . Anders lautende Einschätzungen von behandelnden Arztpersonen vermögen ein von einem amtlich bestellten fachmedizinischen Experten erstelltes Administrativgutachten grundsätzlich nur in Frage zu stellen , wenn sie wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Dies ist vorliegend nicht der Fall. 5.7

Zusammenfassend ist gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ vom November 2012 davon auszugehen, dass der Beigeladene seit dem für den Beginn des Rentenanspruchs massgebenden Zeitpunkt im April 2012 aufgrund eines depressiven Leidens in seiner angestammten Tätigkeit als Gruppenleiter eines Reinigungs- und Transportdienstes nicht arbeitsfähig und seine Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit um 50 % eingeschränkt ist .

Davon ist auch im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2013 auszugehen, nachdem keine Berichte vorliegen, welche die gutachterliche Einschätzung in Frage stellen.

Die aufliegenden medizinischen Akten stellen nach dem Gesagten eine hinreichende Entscheidungsgrundlage dar, weshalb von einer Rückweisung zu weiteren medizinischen Abklärungen abzusehen ist.

Zu bemerken bleibt, dass es der Beschwerdegegnerin frei steht, dem Beigeladenen für die Zukunft eine Schadenminderungspflicht

aufzuerlegen . Für die Zeit bis zum Verfügungserlass kann jedoch

nachträglich keine Schadenminderungspflicht mehr formuliert werden, weshalb -

entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. 6 S. 2 unten)

- eine Rückweisung auch unter diesem Titel ausser Betracht fällt. Des Gleichen steht es der Beschwerdegegnerin frei, die von

Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 4.3) und von RAD-Arzt Dipl. med. D.____ (vgl. vorstehend E. 4.7) empfohlene Nachbegutachtung

nunmehr anzuordnen. 6. 6.1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen des festgestellten psychischen Gesundheitsschadens. 6.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen) , in Beziehung gesetzt zum

Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 6.3

In der angefochtenen Verfügung stellte die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Valideneinkommens auf den vom Beigeladenen als Gruppenleiter des Reinigungs- und Transportdienstes des Spitals

Y.____ erzielten Lohn ab (Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 2 oben, vgl. auch Urk. 7/35 S. 1 unten),

welcher sich gemäss Angaben im Arbeitgeberbericht im Jahr 2011 auf Fr. 85'941.05 belief (Urk. 7/15 Ziff. 2.11). Dies ist nicht zu beanstanden, nachdem nach Lage der Akten davon auszugehen ist, dass der Beigeladene diese Tätigkeit im Gesundheitsfall weiter geführt hätte. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung im massgebenden Jahr des Rentenbeginns (2012) errechnete die Beschwerdegegnerin ein nicht zu beanstandendes Valideneinkommen von Fr. 86'628.60 (Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 2 unten, Urk. 7/35/2 oben). 6.4

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin zutreffend die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heran, nachdem der Beigeladene nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb sowie auch BGE 129 V 472 E).

4.2.1). Ausgehend von dem im Rahmen der Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2010 ermittelten Durchschnittslohn der Männer, die einfache und repetitive Tätigkeiten ausüben (Tabelle T A1, Niveau 4, TOTAL Männer), ermittelte die Beschwerdegegnerin für das Jahr 2012 ein nicht zu beanstandendes, nominal lohnbereinigtes und an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2012 angepasstes Invalideneinkommen von Fr. 62'270.30 beziehungsweise Fr. 31'135.20 in dem dem Beigeladenen zumutbaren Pensum von 50%.

Bei der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 86'628.60 und des Invalideneinkommens von Fr. 31'135.20 resultiert bereits ein eine Dreiviertelsrente begründender Invaliditätsgrad von 64%, weshalb letztlich offen bleiben kann, ob das Invalideneinkommen um den von der Beschwerdegegnerin gewährten Abzug von 10% (vgl. Urk. 2 Verfügungsteil 2 S. 2 Mitte und Urk. 7/35 S. 3 unten) zu reduzieren ist. 6.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass die angefochtene Verfügung dahingehend abzuändern ist, als festzustellen ist, dass der Beigeladene mit Wirkung ab 1. April 2012 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Die Verfahrenskosten gemäss

Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000.-- anzu setzen und ausgangsgemäss der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 21. November 2013 wird dahingehend abgeändert, als festgestellt wird, dass X.____ ab 1. April 2012 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marta Mozar unter Beilage einer Kopie von Urk. 23 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 23 und Urk. 24 - Rechtsanwalt Ervin Deplazes unter Beilage einer Kopie von Urk. 24 - 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, 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 Die Gerichtsschreiberin MosimannRyf

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