

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00290 vom 31. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00290

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00290 du 31 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00290 del 31 agosto 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1966 geborene und im eigenen Reinigungsunternehmen selbständig erwerbs tätige X.____ meldete sich am 5. September 2012 unter Hinweis auf verschiedene gesundheitliche Beeinträchtigungen (Herz, Nieren ,

Muskeln , psychologische Probleme) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 11/7) . Daraufhin lud die IV-Stelle den Versicherten zu einem Standortgespräch ein und zog die Akten des Krankentagegeldversicherers bei (Urk. 11/10-12). Weiter tätigte die Verwaltung Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht . Mit Schreiben vom 25. Juli 2013

forderte sie den Versicherten unter Hinweis auf die ihm obliegende Schadenminderungs pflicht auf, sich einer

intensiven und regelmässigen psychiatrischen Behandlung mit Sitzungsfrequenz mindestens alle 14 Tage für die Dauer von mindestens sechs Monaten mit ärztlich bestätigter Einnahme der verordneten

Medikamente zu unterziehen (Urk. 11/31) . Am 28. August 2013 meldete die behandelnde Psychiaterin der IV-Stelle die Umsetzung der Auflagen (Urk. 11/36) .

Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens

verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Februar 2014 den Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung

(Urk. 2 ,

Urk. 11/34 ff.) .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

E. 1.2.1

Mit zur Publikation bestimmtem Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden

(BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss.

Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungs vollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechts natur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht fest zu halten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG –

aus schliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der renten ansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG)

ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer

Schmerz störung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren

rechtlich gebotener

Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehens weisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweiselastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

E. 1.2.2

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht im erwähnten

Leitentscheid 9C_492/2014 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3)

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, nach dem Austritt des Beschwerdeführers aus dem stationären psychiatrischen Aufenthalt bei der Psychiatrie Z. ___ einen Austrittsbericht einzuholen und danach neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung damit, dass sich die gesundheitliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers vorwiegend durch psychosoziale Belastungsfaktoren erkläre, die er bisher habe überwinden können. Dies sei ihm weiterhin zumutbar, weil die bisherigen Ressourcen wie Zuverlässigkeit, Ausdauer, Genauigkeit und ein hohes Mass an Verantwortlichkeit noch

immer vorhanden seien. Ausserdem habe bis zum heutigen Zeitpunkt auch keine regelmässige Behandlung stattgefunden. Aus diesen Gründen anerkennt die Beschwerdegegnerin lediglich die somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 10 %

(Urk. 2 S. 2) .

E. 2.2

Demgegenüber rügt der Beschwerdeführer in erster Linie eine Verletzung der Untersuchungsmaxime, weil die Beschwerdegegnerin vor Erlass der Verfügung den sich in seinem Besitz befindenden Bericht von Dr.

med. Y.____ , Leiten der Arzt an der Psychiatrie Z.____ , vom 25. Oktober 2013 nicht eingeholt habe. Ausserdem habe die Beschwerde gegen den geplanten dreimonatigen stationären Aufenthalt in der Psychiatrie Z.____ nicht abgewartet, obwohl davon klare Erkenntnisse hinsichtlich Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitsgrad hätten erwartet werden können (Urk. 1 S. 7 f.). Darüber hinaus leide er an Beschwerden in den Oberschenkeln sowie an kardiologischen Problemen. Die behandelnden Ärzte attestierten ihm eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %

beziehungsweise sogar 90 % (Urk.

1 S. 10 f. , Urk.

E. 3

Eventualiter sei ein gerichtliches medizinisches Gutachten einzuholen, das sich zu den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers sowie zu seinem Grad der Arbeitsunfähigkeit äussert. Eventualiter sei das Verfahren zur Einholung dieses Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 3.1

Aus somatischer Sicht lassen sich den vorliegenden medizinischen Berichten im

Wesentlichen folgende Diagnosen entnehmen (Bericht Dr. med. A.____ , Facharzt für Innere Medizin, speziell Nephrologie, vom 31. August 2012 [Urk. 11/16/34-35],

Bericht Spital B.____ , Klinik für Neurologie, vom 16. November 2012 [Urk. 11/16/21-24],

Bericht Spital B.____ , Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, vom 20. November 2012 [Urk. 3/10],

Bericht Spital B.____ , Rheumaklinik, vom 27. November 2012 [Urk. 11/16-16-20] und

5. Dezember 2012 [Urk. 11/16/14-15] , Bericht Spital B.____ , Rheumaklinik,

Physiotherapie Ergotherapie, vom 26. Februar 2013 [Urk. 11/15] ; Bericht Dr. med. C.____ ,

Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 16. März 2013 [Urk. 11/16/1-5] ,

Berichte Dr.

med. D.____ , Facharzt für Innere Medizin, speziell Kardiologie, vom 26. März 2013

[Urk. 11/17 /1-2] und 16. Dezember 2013 [Urk. 3/16] , Bericht Spital B.____ , Klinik für

Angiologie , vom 1. Juni 2013 [Urk. 11/26]) : 1. Schmerzen in beiden Oberschenkeln

(ICD-10 M79.6) - DD lumboradikuläres Reizsyndrom L4, lumbospondylogenes Syndrom

beidseits, muskulär, medikamentös 2. Vitamin-D-Mangel substituiert (ICD-10 E55.9) 3 .

Koronare Herzkrankheit ED 2004 - St. n. asymptomatischem inferiorem Myokardinfarkt -

sekundäre mittelgradige Mitralinsuffizienz 4 . Partielle Nierenfunktionsstörung -

Schrumpfniere links, St. n. Oberpolresektion Niere rechts aufgrund Nephrolithiasis -

normale Nierenfunktion 11.2012

Nach Angaben der behandelnden (Fach-)Ärzte

wirken sich lediglich die Ober schen k elschmerzen auf die Arbeitsfähigkeit aus (vgl. insbes . Urk. 11/15, Urk. 11/16/1-5, Urk. 11/17 /1-2) . Die dadurch verursachte Leistungsminderung bei Ausübung der angestammten Tätigkeit wurde nach einem Arbeitsassessment im Spital B.____ auf 10 % geschätzt (Urk. 11/15), was auch von der Hausärztin unterstützt wird (Urk. 11/16/1-5).

E. 3.2

Die erwähnten somatischen Diagnosen sind das Ergeb nis verschiedener fach ärzt licher Untersuchungen. Über deren Bestehen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit herrscht unter den behandelnden Ärzten Einigkeit, weshalb da rauf abgestellt werden darf ;

der Sachverhalt ist insoweit erstellt (Urk. 1, Urk. 2; vgl. auch die RAD-Stellungnahmen vom 10. und 18. Juli 2013 [Urk. 11/33 S. 6

f.]). 4.

E. 4

Das Verfahren sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die Invalidität des Beschwerdeführers nach der ausserordentlichen Methode bestimmt.

E. 4.1

Mit Bezug auf die psychiatrische Seite ist zunächst festzuhalten, dass der Be schwerdeführer zur Zeit des Verfügungserlasses nach Absolvierung der Vor ab klärung im Oktober 2013 (Urk. 3/8/2) auf der Warteliste für eine dreimonatige stationäre Traumatherapie in der Psychiatrie Z.____ stand . Der Klinikaufenthalt fand in der Folge vom 15. Mai bis 12. August 2014 statt (Urk. 14).

E. 4.2

mit Hinweisen sowie 9C_671/2012 vom 15. Novem ber 2012 E. 4.3; vgl. allerdings Bundesgerichtsurteil 8C_538/2014 vom 16. Februar 2015 E. 4.2.3, wo die ausdrücklich formulierte Frage, ob eine post traumatische Belastungsstörung überhaupt zu den genannten Beschwerdebil dern zu zählen und damit, ob an der Rechtsprechung wie sie unter anderem im Urteil 8C_483/2012 in E. 4.2 angeführt wurde festzuhalten sei, nicht beant wortet werden musste). Neu lautet bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleich baren psychosomatischen Leiden die normativ bestimmte Gutachter frage , wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätzt, wenn sie den ein schlä gigen Indikatoren (E. 1.2 hievor) folgt (Bundesgerichtsurteil 9C_49 2 /2014 vom 3 . Juni 2015 E. 5.2.2).

E. 4.3

V orliegend ist davon auszugehen, dass die ärztlichen Beobachtungen während und nach der dreimonatigen stationären Behandlung in der Psychiatrie Z.____

wesentliche Er kenntnisse über den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zu liefern vermögen. Obwohl sie auf eine r nach Verfügungserlass durch ge führte n Behandlung beruhen, sind die Angaben der Z.____ -Ärzte im Austritts be richt vom 25. September 2014 (Urk. 14) mit zu berücksichtigen. 5.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Gunsten des Beschwerdeführers .

Am 26. März 2014 reichte er eine ärztliche Stellungnahme ein (Urk. 7, Urk. 8/19-20) . Mit Beschwerdeantwort vom 5. Mai 2014 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10) , worüber der Beschwerdeführer am 21. Mai 2014 orientiert wurde (Urk. 12). Am 4. November 2014 legte der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht ins Recht (Urk. 13 f.). Mit Eingabe vom 2. Dezember 2014 teilte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf Einreichung einer Stellungnahme mit (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Dr. med. E.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, be handelt den Beschwerdeführer seit 2004 im Rahmen von sporadischen Sitzungen . Im Bericht vom 15. April 2013 (Urk. 11/21) stellte sie folgende psychiatrische Diagnosen: 1. Rezidivierend depressive Episoden (ICD-10 F33) bei - chronischen massiven psychosozialen Belastungen in Beziehung zu der Mutter der gemeinsamen Tochter (ICD-10 Z65.3, Z63.0) - chronische Überlastung mit Erschöpfungssymptomatik bei sehr hoher Arbeitsbelastung bei selbständiger Tätigkeit (ICD-10 Z73.0) - Betroffensein von Krieg und sonstigen Feindseligkeiten in der Jugend/junges Erwachsenenalter (ICD-10 Z65.5) 2. V.a. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) im Rahmen einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung nach Bürgerkriegserfahrungen - Unklare Myalgien, seit 2010 lt. meiner Unterlagen - DD 1. im Rahmen einer chron. psychosozialen und körperlichen Überlastung 2. im Rahmen einer PTBS

Weiter führte die Psychiaterin aus, der Beschwerdeführer sei in der Türkei wegen seiner kurdischen Abstammung Repressalien ausgesetzt gewesen. Die erste Ehe sei nach einem langwierigen Rechtsstreit betreffend Besuchsrechtsregelung geschieden worden. Es bestehe eine schnelle Ermüdbarkeit, Gereiztheit und Ver zweiflung wegen der Schmerzen sowie deshalb , weil ihn seine Gesundheit nun nach der beruflichen Etablierung im St ich lasse. Abhängig vom Erzählinhalt und der emotionalen Beteiligung träten Zitteranfälle am ganzen Körper und an den Hände n auf . Die Sprache versage und der Beschwerdeführer beginne zu stottern. Zu Behandlungsbeginn habe er diese Beschwerden mehr oder weniger kontrollieren können. Seit zirka 2010 seien Muskelschmerzen, Alpträume, zum Teil Flashbacks mit Verfolgungs- und Todesszenarien sowie ein deutlich sichtbar erhöhter Muskeltonus aufgetreten. Der Beschwerdeführer verfüge über Ressourcen wie Zuverlässigkeit, Ausdauer, Genauigkeit und ein hohes Mass an Verantwortlichkeit. Sie (Dr. E.____) habe ihn stets als sehr arbeitsam, hilfsbereit und pflichtbewusst erlebt. Abschliessend attestierte sie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit.

E. 5.2

Im Bericht vom 29. Mai 2013 (Urk. 11/25) präziserte Dr. E.____ , dass aktuell bei der rezidivierenden depressiven Störung eine mittelgradige Episode vorliege (ICD-10 F33.11) . Es bestehe die Indikation zur Intensivierung der Therapie . Durch Einbezug der Ehefrau seien Hinweise für eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung bei Status nach bürgerkriegsähnlichen Zuständen mit Bedrohung, Repressionen und Tötung nahestehender Personen deutlich geworden. Es bestehe ein Symptomenkomplex mit Hyperarousal , Intrusionen mit Alpträumen, Reizbarkeit und Vermeidungsverhalten.

Gegen eine volle Arbeitsfähigkeit sprächen die schnelle Ermüdbarkeit, die leichte Erschöpfbarkeit und die in wechselnder Ausprägung vorhandenen Myalgien, die unter anderem zu einer motorischen und inneren Unruhe sowie zu existentiellen Ängsten bei

Erfahrung der Nichtkontrollierbarkeit der Beschwerden

fürten. Zusätzlich bestünden chronische Verspannungen mit deutlich erhöhtem Muskeltonus sowie eine beeinträchtigte Atemmechanik mit häufig nur sehr oberflächlicher Atmung. Unter den gegenwärtigen Umständen könne der Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsfähigkeit nur knapp halten.

E. 5.3

Gestützt auf diese Aktenlage kam Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Hämatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst in seinen Stellungnahmen vom 10. und 18. Juli 2013 zum Schluss, dass die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit angesichts der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode, und der funktionellen Einschränkungen nachvollziehbar sei (Urk. 11/33 S. 6 f.).

E. 5.4

Am 26. September 2013 liess Dr. E.____

die Beschwerdegegnerin darüber informieren, dass der Beschwerdeführer nun bei Dr. Y.____, Spezialstation G.____ für Traumafolgestörungen, angemeldet und ein Vorgespräch zur Indikationsprüfung für den 17. Oktober 2013 vereinbart worden sei (Urk. 11/44).

E. 5.5

Am 25. Oktober 2013 berichtete Dr. Y.____

über das Vorgespräch in der Psychiatrie Z.____

(Urk. 3/8/2). Dabei stellte er folgende psychiatrische

Diagnosen: - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.2) - V.a. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Koronare Herzerkrankung [- Fibromyalgie]

Weiter führte er aus, der Beschwerdeführer habe über seine Kindheit und Jugend wenig berichtet, jedoch habe es auch hier schon vielfältige Gewalt Erfahrungen, emotionale Verwahrlosung und einen einmaligen sexuellen Übergriff gegeben. Nach seinen Angaben sei der Beschwerdeführer in der Türkei mehrfach verhaftet und ins Gefängnis geworfen worden. Dort sei nach seinen Angaben sehr viel Schlechtes passiert. Er könne im Moment jedoch nicht weiter darüber sprechen. In der ersten Ehe habe es von Anfang an Schwierigkeiten gegeben. Nach zirka vier Jahren sei es zu einer jahrelangen Kampfscheidung gekommen. Mit seiner zweiten Frau führe er eine gute Ehe. Sie hätten gemeinsam ein Geschäft zur Hausverwaltung und -Reinigung aufgebaut. Ausserdem hätten sie ein Segelboot, das sie jahrelang sehr viel benutzt hätten. Jetzt gehe es ihm häufig so schlecht, dass er im letzten Sommer nur einmal auf dem Boot gewesen sei.

Dem Beschwerdeführer falle es schwer, über traumatische Erlebnisse zu berichten. Im Gespräch sei eine gewisse Abstumpfung spürbar. Er berichte über ausgeprägte depressive Stimmungslagen, Antriebsminderung und -hemmung sowie teilweise geringe Auslenkbarkeit. Es habe Momente von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit gegeben. Weiter bestünden ausgeprägte psychosomatische Beschwerden mit Zittern, Schwindel und Schmerzen.

E. 5.6

Am 18. März 2014 berichtete Dr. E.____ dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, letzterer leide nicht hauptsächlich unter psychosozialen Problemen (Urk. 8/20). Würden diese wegfallen, würde er weiterhin das Beschwerdebild einer Traumafolgestörung zeigen, das er über viele Jahre sehr gut zu kompensieren verstanden habe. Durch seine Herkunft und seine Lebenserfahrung habe er gelernt, seine Beschwerden zu verbergen. Über Jahre hätten depressive Episoden klinisch im Vordergrund gestanden. Die zusätzlichen schweren

psychosozialen Belastungen hätten nicht mehr kompensiert werden können, weil sie auch frühere traumatische Erfahrungen wie Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein aktiviert hätten. Der über ein hohes Mass an Resilienz verfügende Beschwerdeführer habe über Jahre hinweg die Beschwerden psychischer wie auch körperlicher Art bagatellisiert oder ignoriert. Während die Konsultationen früher notfall psychiatrischen Charakter gehabt hätten, habe die Schmerzsymptomatik den Beschwerdeführer dazu bewogen, regelmässige Konsultationen wahrzunehmen und auch mehr Einblick in die inneren Prozesse zu gewähren.

E. 5.7

Im Austrittsbericht vom 25. September 2014 (Urk. 14) stellten Dr. Y.____ und der Fachpsychologe für Psychotherapie lic. phil. H.____

von der Psychiatrie Z.____ folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1) : - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - Spezifische (isolierte) Phobien (ICD-10 F40.2)

Am 15. Mai 2014 sei der Beschwerdeführer in die offen geführte Spezialstation G.____ für Traumafolgestörungen aufgenommen worden. Während der Phase des Vertrauensaufbaus habe er sich auf die Darstellung seiner Lebensanschauungen, philosophischen Überlegungen und seines Identitätsverständnisses konzentriert. Anfänglich habe er sich sehr davor gefürchtet, unbeabsichtigt traumatische Erfahrungen zu Sprache zu bringen. Wenn er trotzdem ungewollt solche Inhalte gestreift habe, sei er nervös geworden, habe das Thema abrupt abgebrochen und sich in Fluchtbereitschaft versetzt. Im Verlauf der Therapie sei es ihm allmählich gelungen, sich auch in die schmerzlichen Erfahrungen der Kindheit und Jugend sowie während der ersten Ehe zu vertiefen. Erstmals in seinem Leben habe er über seine schlimmste traumatische Erfahrung (Entführung, Einkerkierung und Folter) berichtet (S. 4).

Gestützt auf ihre Beobachtungen kamen die Berichtenden zum Schluss, dass der Beschwerdeführer als leistungsorientierte, unternehmungslustige und verantwortungsbewusste Persönlichkeit sehr stark unter eingeschränkter Leistungsfähigkeit und gesteigertem Erholungsbedürfnis leide. Er klage über anhaltende schwere und belastende Schmerzen in den Oberschenkeln, welche trotz umfassender Abklärungen in drei verschiedenen Kliniken nicht durch den Nachweis körperlicher Störungen hätten erklärt werden können und anhaltend im Hauptfokus der Aufmerksamkeit stünden. Dieses Beschwerdebild entspreche der anhaltenden Schmerzstörung (ICD-10 F45.40 ; S. 6)

Aus seinen Ausführungen sei erkennbar geworden, dass sich seit der Kindheit ein Angstnetzwerk aus traumatisierenden Erfahrungen aufgebaut habe. Nach dem

Indextrauma im achtzehnten Altersjahr habe sich der Beschwerdeführer während mehrerer Monate von ausserhalb des Körpers wahrgenommen. Aus der Gegenwart habe er hingegen

über keine besondere dissoziative Symptomatik berichtet. Er sei in dauernder Übererregung und Anspannung, leide an Schlafstörungen und nächtlichem Umsichschlagen. Durch Traumaassoziiertes könne starke Angst getriggert werden. Der Beschwerdeführer habe beispielsweise berichtet, durch den Anblick von Uniformen schwer verängstigt zu werden und sich nicht mehr im Griff haben zu können. Er tendiere deshalb dazu, entsprechen den Begegnungen auszuweichen, wie das bei spezifischer (isolierter) Phobie (ICD-10 F40.2) typisch sei (S. 6).

Er zeige verschiedene vegetative Angstsymptome wie Zittern, Schwitzen und Anspannungen. Seine Beschwerden erfüllten die Kriterien einer posttraumatischen

Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach Betroffensein von Krieg und sonstigen Feindseligkeiten in Jugend und jungem Erwachsenenalter. Der Beschwerdeführer orientiere sich an verschiedenen zum Teil widersprüchlichen Konzepten. Es seien bisweilen starke Inkongruenzen zwischen Denken, Fühlen und Handeln beobachtbar, welche psychische Spannung erzeugten. Der Beschwerdeführer sei sich Gefühlswahrnehmung nicht gewohnt (S. 6).

Sollten depressive Episoden in der Vorgeschichte erkannt worden sein, so könnte für den Beobachtungszeitraum eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), diagnostiziert werden. Zuzufolge fehlender fremdanamnestischer Angaben sei von einer entsprechenden Diagnosestellung abgesehen worden (S. 6).

Abschliessend wurde dem Beschwerdeführer für die Zeit der gesamten Hospitalisation eine Arbeitsunfähigkeit von 90 % attestiert (S. 6 f.).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Obwohl die behandelnde Psychiaterin Dr. E.____

wie auch der RAD-Arzt Dr. F.____ von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen waren, verneinte die Beschwerdegegnerin eine psychiatrisch begründete Einschränkung des Leistungsvermögens unter anderem damit, dass sich

die gesundheitliche Beeinträchtigung vorwiegend durch psychosoziale Belastungsfaktoren begründe, welche bereits seit langem vorhanden seien (Urk. 2 S. 2).

E. 6.2

.2

Mit Bezug auf die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ist festzuhalten, dass in den psychiatrischen Stellungnahmen von Dr. E.____ und der Psychiaterin Z.____ eine Auseinandersetzung mit der Frage fehlt, weshalb trotz langer zeitlicher Latenz (vgl. dazu Dilling / Freyberger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl. 2014, S. 173-175; Bundesgerichtsurteil 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.3.2 mit weiteren Hinweisen) mit fehlenden Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung und hohem Funktionsniveau ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu stellen ist (zur generellen For

derung nach stärkerer Berücksichtigung des Aspekts der funktionellen Auswirkungen, was sich schon in der Diagnose niederschlagen muss, Bundesgerichts Urteil 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 2; vgl. E. 1.2 hier vor).

Nach der früheren bundesgerichtlichen Rechtsprechung galten für die posttraumatische Belastungsstörung die bei so genannten pathogenetisch-ätiologisch und klaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage heranzuziehenden Kriterien (so Bundesgerichts Urteile 8C_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E.

E. 6.2.1

In den Akten finden sich zwar verschiedene Hinweise auf negative, zum Teil traumatische Erlebnisse in Kindheit, Jugend und im jungen Erwachsenenalter. In

der Schweiz angekommen, konnte sich der Beschwerdeführer jedoch eine neue Existenz aufbauen; er etablierte sich beruflich und führt einen auf Reinigung und Hauswartung spezialisierten Betrieb. Dieser Betrieb lief bis zum Auftreten gesundheitlicher Probleme offenbar gut. Der 2011 eingesetzte Einkommensrückgang

(Urk. 1 S. 12) dürfte Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sein beziehungsweise nicht als originär gesundheitsbeeinträchtigender psychosozialer Belastungsfaktor in Frage kommen.

Weiter ist der Beschwerdeführer nach einer schwierigen ersten Ehe, welche 2005 nach langer

Kampfscheidung aufgelöst wurde (Urk. 11/6), seit 2006

eigenen Einkünften zufolge

glücklich verheiratet. Bestanden somit bis zur Scheidung der ersten Ehe offenbar

belastende psychosoziale Faktoren, können aktuell keine solchen

mehr ausgemacht werden. Dementsprechend konnte nach einer mehrmonatigen Beobachtung in der Psychiatrie Z.____

die von Dr. E.____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, welche mit belastenden psychosozialen Faktoren in Zusammenhang stand, nicht mehr bestätigt werden.

E. 6.3

Abgesehen vom Fehlen einer hinreichend transparent dargelegten Diagnose (vgl. E. 6.2.2 hier vor) lassen sich den vorliegenden Akten zwar gewisse Hinweise, jedoch nicht genügend Angaben entnehmen, um die

Zuverlässigkeit der von der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ attestierten und vom RAD-Internisten Dr. F.____ bestätigten

50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit beziehungsweise den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Problematik aus rechtlicher Sicht beurteilen zu können.

Unter den gegebenen Umständen rechtfertigt es sich, die Sache zur Umfassung den externen psychiatrischen Begutachtung und zur neuen Entscheidung an die Beschwerdeführerin

zurückzuweisen (vgl. Beschwerdeantrag Ziff. 3 Satz 2; Urk. 1 S. 2). 7. 7.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800. festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 7.2

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine angemessene Prozessentschädigung auszurichten. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien, der Honorarnote vom 24. August 2015 (Urk. 19) sowie des praxismässigen Stundenansatzes von Fr. 200. für Bemühungen bis 31. Dezember 2014 und Fr. 220. ab 1. Januar 2015 ist die Prozessentschädigung auf Fr. 2'871.15 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'871.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser unter Beilage des Doppels von Urk. 17 zur Kenntnisnahme - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 19 - Bundesamt für Sozialversicherungen - AXA Winterthur, Leistungen, Postfach 300, 8401 Winterthur 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
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Meier-Wiesner

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

). Darüber hinaus müsse seine Invalidität bei selbständig er Erwerb stätigkeit aufgrund der ausser ordent li chen Methode bemessen werden (Urk. 1 S. 11 f.). 3.

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