

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00983 vom 29. Januar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00983

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00983 du 29 janvier 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00983 del 29 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1

9. Juni 2012 Einwand und hielt in der Begründung vom

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden aus geglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesunden lichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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 arbeits unfähig 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).

Jede psychogene Störung, ob einfache oder neurotische Form, kann im Einzel fall Krankheitswert haben, weshalb jeder Einzelfall sorgfältig geprüft werden muss. Notwendig sind in jedem Fall ein ausführlicher ärztlicher Bericht oder ein entsprechendes fachärztliches Gutachten sowie die Abklärung der erwerblichen Umstände (AHI 1997 S.

43 E.

5c). Dabei müssen psychiatrische Berichte in der Regel auf einer persönlichen Untersuchung beruhen (RKUV 2001 Nr. U 438 S.

345, Urteile des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.3 und I 169/06 vom 8. August 2006 E.

4.4 mit Hinweisen). Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E.

2.2.3., Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

8. September 2015 an seinem Antrag auf Gutheissung fest (Urk. 17) und die Beigeladene beantragte am 9. November 201

E. 2.1

Die IV-Stelle führte in der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2014 vor allem aus, es sei nicht ersichtlich, weshalb der Versicherte in einer Tätigkeit ohne direkten Kundenkontakt mit freier Arbeitseinteilung nicht voll arbeitsfähig sein sollte. Es seien erhebliche Ressourcen vorhanden. Die diagnostizierten psychischen Störungen, also die mittelgradige depressive Episode und die schwere Neurasthenie, seien weitgehend durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst worden und würden auch durch solche unterhalten. Bezüglich der Neurasthenie sei die bundesgerichtliche Rechtsprechung für somatoforme

Schmerzstörungen anwendbar.

Der Rechtsanwender dürfe rechtsprechungsgemäss von der ärztlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung durchaus abweichen (Urk. 1). In der Stellungnahme vom 10. September 2015 hielt die IV-Stelle fest, auch nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und andern vergleichbaren psychosomatischen Leiden blieben psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren ausklammert. Beim Versicherten fänden die erhobenen psychischen Beeinträchtigungen in solchen Belastungsfaktoren ihre hinreichende Erklärung (Urk. 14).

E. 2.2

Der Versicherte liess in der Beschwerde vom 21. September 2014 vor allem vorbringen, dass sich die behandelnden Ärzte, der Privatgutachter, der von der IV-Stelle beauftragte Gutachter und die Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) einig seien, dass er an einer schweren psychischen Störung leide und seit Oktober 2009 für jegliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu 100 % arbeits unfähig sei (Urk. 1 S. 10). Die interne Stellungnahme des Rechtsdienstes der IV-Stelle vom 8. Januar 2014 habe keinen Beweiswert .

Er, der Versicherte , leide an psychischen Störungen, welche erheblich und nicht überwindbar seien (Urk. 1 S.

12-13). In der Stellungnahme vom 28. September 2015 liess er

weiter aus führen, er leide vor allem an psychischen Störungen, welche nicht von der Recht sprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und andern vergleichbaren psychosomatischen Leiden erfasst seien. Die Neurasthenie sei nur eine von insgesamt fünf psychischen Störungen und eine Nebendiagnose, während er hauptsächlich an einer neurotischen Störung sowie an einer Angst- und Panikstörung leide (Urk. 17) .

E. 2.3

Die Beigeladene stellte sich in ihrer Stellungnahme vom 9. November 2015 vor allem auf den Standpunkt, dass die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten nicht während seiner Versicherungszeit bei ihr eingetreten sei. An ein Urteil im vor liegenden Verfahren sei sie nicht gebunden, da ihr die massgebliche Verfügung von der IV-Stelle nicht korrekt eröffnet worden sei und da sich der Versicherte verspätet bei der IV-Stelle angemeldet habe. Die psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.____ und Dr. A.____ seien nicht schlüssig , weshalb die Beschwerde abzu weisen sei (Urk. 21). 3. 3.1

Dr. med. B.____ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 15. März 2010 zuhanden des Vertrauensarztes der Kollektiv-Krankenversicherung fest, dass beim Versicherten zum Zeitpunkt der Untersuchung vom 11. Februar 2010 kein Krankheitsbild vorgelegen habe, welches zum Bezug von Krankentaggeldern berechtigen könnte. Retrospektiv könne vermutet werden, dass eine depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) bestanden haben könnte, doch inzwischen habe sich ein Normalbefund

eingestellt und der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht derzeit zu 100 % arbeits fähig (Urk. 7/12/23-28) .

Vom 19. April bis am 26. Mai 2010 war der Versicherte in der C.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 1. Juni 2010 wurde festgehalten, nach einem Wechsel des Chefs bei der damaligen Arbeitgeberin des Versicherten im Februar 2008 seien mehrere Arbeitskollegen entlassen oder frühzeitig pensioniert worden. Der Arbeitsaufwand habe massiv zugenommen, die Arbeitsatmosphäre habe sich verschlechtert und der Versicherte habe für sich keine Möglichkeit mehr gesehen, seine bisherige Arbeitsleistung weiterhin zu erbringen. Als Diagnosen wurden eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-10 F43.21), ein Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0) und ein Status nach Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) festgehalten (Urk. 7/10/5-7).

Dr. med. D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 4. April 2011 zuhanden der Kollektiv- Krankenversicherung fest, beim Versicherten sei eine

Anpassungsstörung aufgetreten, eine eigenständige psychische Störung habe hingegen nicht bestanden. Vor dem Klinikaufenthalt hätten eine Panikstörung und eine Erschöpfungssymptomatik bestanden, welche sich zurückgebildet hätten. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne nicht gestellt werden, es beständen jedoch Hinweise für akzentuierte Persönlichkeitszüge. Als Diagnosen nannte er eine

inzwischen abgeklungene Anpassungsstörung (ICD-10 F43.21) und eine vorübergehende Akzentuierung vorbestehender Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt und die bisherige Tätigkeit sei dem Versicherten in vollem Ausmass zumutbar (Urk. 7/12/4-11).

Der behandelnde Psychiater med. pract. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 14. Juni 2011 die Diagnosen einer Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (ICD-10 F43.21), eines Status nach Panikstörung (ICD-10 F41.0), eines Status nach Erschöpfungssyndrom (ICD-10 F48.0) und einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) fest. Der Versicherte sei seit Oktober 2009 in seiner angestammten Arbeitstätigkeit als Schadensinspektor zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide unter Lustlosigkeit, Apathie, einer Neigung zur Überbelastung mit Panikattacken, Konzentrationsstörungen und Depressionen (Urk. 7/10). 3.2

Der vom Versicherten mit einem Privatgutachten beauftragte Dr. Z.____ hatte Einblick in die damals vorhandenen Akten. Er nahm telefonische Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater med. pract. E.____ und der behandelnden Hausärztin Dr. med. F.____, Fachärztin für Innere Medizin. Zudem untersuchte er den Versicherten am 2. und 10. November 2011 sowie am 24. Januar und 7. Februar

2012 (Urk. 7/16/6-10). Im Gutachten vom 8. Februar 2012 hielt Dr. Z.____ fest, der Versicherte habe ihm berichtet, seinen leiblichen Vater in seinem Leben ein einziges Mal gesehen zu haben. Er sei als Kind einer alleinerziehenden Mutter viel alleine gewesen und die Primarschulzeit sei belastend gewesen, weil er als uneheliches Kind ausgegrenzt worden sei. Im Jahr 2004 seien starke psychische Störungen mit Panikattacken aufgetreten. Die spontanen Panikattacken seien zwar seltener geworden, doch die situationsgebundene Angst habe sich verstärkt. Ab dem Jahr 2006 habe sich sein Zustand verschlechtert, er habe sich konstant müde und erschöpft gefühlt, zudem sei er traurig gewesen und habe unter Schlafstörungen sowie Gedankenkreisen gelitten. Bei Kundengesprächen seien Angstattacken mit Schweissausbrüchen aufgetreten. Seit dem Jahr 2009 treibe er keinen Sport mehr und sein soziales Leben sei praktisch inexistent (Urk. 7/16/10-13). Dr. Z.____ hielt fest, dass die bedrückte Verfassung des Versicherten objektiv feststellbar sei. Der Versicherte weise eine für ihn schädliche Tendenz zur Dissimulation seiner Symptome auf (Urk. 7/14-15). Es bestehe beim Versicherten seit der Jugend eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung und er weise eine übermässige Abhängigkeit von anderen Menschen auf, deren Anerkennung und Zustimmung er konstant suche. Bei der Arbeit habe er nur in einer Atmosphäre der vollständigen Akzeptanz durch Kunden und Arbeitgeber existieren können. Neben diesen Zügen der Abhängigkeit zeige der Versicherte Schwierigkeiten, sich um seine wichtigsten persönlichen Angelegenheiten zu kümmern. Es sei daher die Diagnose einer sonstigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) zu stellen.

Zudem leide der Versicherte an einer Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F40.01). Die Panikstörung habe sich zwar mit der Einnahme des Medikaments Zolofit abgeschwächt, doch die Agoraphobie habe sich verstärkt. Zudem habe der Versicherte sich wegen einer

unsicheren Situation am Arbeitsplatz im übermässigen Anpassungsbestreben erschöpft. Diese Erschöpfung sei diagnostisch zunächst als Neurasthenie (ICD-10 F48.0) und später als depressive Episode, überwiegend mittelschwer und zeitweise wie aktuell schweren Grades (ICD-10 F32.1/32.2), zu erfassen. Der Versicherte sei seit der Krankschreibung durch die Hausärztin am 12. Oktober 2009 bedingt durch die Kombination der verschiedenen psychischen Störungen nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe für sämtliche Tätigkeiten. Die Depression führe zu Energiemangel, Konzentrationsstörungen, Erschöpfung und mangelndem Durchhaltevermögen. Weiter belastet die Angststörung den Versicherten durch zusätzlichen Stress in jeder belastenden Arbeitssituation und die Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt die Möglichkeit, die noch vorhandenen Ressourcen einzusetzen (Urk. 7/16/15-19).

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD führte am 25. April 2012 in einer internen Stellungnahme aus, angesichts des Gutachtens von Dr. Z.____ sei aufgrund der Komplexität und des sich gegen seitig Unterhaltens und Verstärkens der Symptomatik eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Perspektive nachvollziehbar. Der Versicherte sei in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen aufgrund der depressiven Verlangsamung, der Antriebsminderung und der Konzentrationsstörungen als mittel- bis schwergradig, in der Flexibilität und in der Umstellungsfähigkeit aufgrund der Agoraphobie, der abhängigen Persönlichkeitsstruktur und der depressiven Symptomatik als schwergradig, in der Durchhaltefähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als mittel- bis schwergradig, in der Kontakt- und Selbstbehauptungsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als mittelgradig und in der Wegefähigkeit aufgrund der agoraphoben Symptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als mittelgradig eingeschränkt einzuschätzen. Der Versicherte sei ab dem 1. Februar 2010 sowohl in der angestammten Tätigkeit als Arbeitsinspektor als auch in jeder anderen Tätigkeit als zu 100% arbeitsunfähig zu erachten (Urk. 7/18/3-4). 3.3

Der von der IV-Stelle beauftragte Gutachter Dr. A.____ erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 27. August 2013 (Urk. 7/49). Er hatte den Versicherten am 15. August 2013 untersucht und gab in seinem Gutachten zunächst die Aktenlage wieder (Urk. 7/49/1-4). Der Versicherte habe angegeben, das Aufwachsen bei seiner allein erziehenden Mutter sei oft schwierig gewesen. Eine Zeitlang habe er bei der Schwester der Mutter gelebt, welche ihn schlecht behandelt und geschlagen habe. Er sei als Kind oft alleine gewesen und habe sich häufig einsam gefühlt. Die Primarschulzeit sei schwierig gewesen. Einen Teil der Primarschulzeit habe er in einem Internat verbracht und schliesslich eine Privatschule besucht. Er lebe zusammen mit seiner Ehefrau und seinem erwachsenen Stiefsohn in einer 4,5-Zimmerwohnung

(Urk. 7/49/5-7). Zu den Beschwerden habe der Versicherte angegeben, er habe als junger Erwachsener eine erste Panikattacke mit Hyperventilation erlebt. Danach seien bis im Jahr 2004 keine psychischen Beschwerden aufgetreten. Seit dem Jahr 2004 sei es zu rezidivierenden Panikattacken gekommen. Seine Mutter sei an Demenz erkrankt und im Jahr 2009 verstorben, wobei er sehr um sie getrauert habe. Er habe sich immer erschöpfter und müder gefühlt, wobei er immer erheblicher Mühe bekundet habe, Kundentermine wahrzunehmen. Zudem habe er aufgrund der Panikattacken immer häufiger Strategien angewendet, um die Möglichkeit zu haben, einen Kundentermin bei Auftreten einer Panikattacke jederzeit abbrechen zu können. Er habe im Rahmen dieser Ängste bereits im Vorfeld Beschwerden

entwickelt, so ein Unwohlsein, Angst vor Panikattacken und Durchfälle. Zuletzt sei zu Hause der beinahe einzige Ort gewesen, an welchem er sich weitgehend be schwerdefrei gefühlt habe. Bei seinem behandelnden Psychiater med. pract .

E. ___ habe er lang e wöchentliche Termine wahrgenommen ,

nun fänden die Termine alle zwei Wochen statt. D as Medikament Seralin

nehme er regel mässig ein u nd äusserst selten nehme er Temesta , dies sei jedoch seit ungefähr einem Jahr nicht mehr der Fall gewesen. Seine Grund stimmung sei depressiv. Er habe kaum noch Freude im Leben, leide unter einer Interessens- und Lustlosigkeit sowie unter Schlafstörungen. Beinahe immer fühle er sich müde und erschöpft. Sein Appetit sei schlecht und er leide unter erheblichen Libidostörungen . Die sozialen Kontakte habe er praktisch alle abge b r ochen. Nur dank seiner Ehefrau beständen noch gelegentliche, aber insgesamt seltene soziale Kontakte. Die Beziehung zu seiner E hefrau sei an sich intakt, doch er habe das Gefühl, dass sie sein Problem nicht wirklich verstehe. Um Pa nikattacken zu vermeiden , esse er nicht mehr im Restaur ant und fahre nicht mehr allein Auto. Sein Tagesablauf sei sehr monoton geworden. Er sei meist derart müde, dass er fast den ganzen Tag lang liege. Den Haushalt erledige seine Ehefrau an den Abenden und Wochen enden, er koche lediglich regelmässig. Gelegentlich gehe er mit dem Hund spazieren. Früher sei er oft mit einem Fi scherbötchen fischen gegangen, dieses Jahr sei dies lediglich zweimal der Fall gewesen. D a er sich für kaum etwas interessiere , lese er beinahe nichts mehr . Er sehe sich nicht in der Lage, wieder arbeiten zu gehen (Urk. 7/49/7-11).

Dr. A. ___ hielt fest, es hätten sich keinerlei Hinweise für eine Verdeutlichungs tendenz , eine Aggravation oder eine Begehrlichkeit gezeigt. Im formalen Den ken habe der Versicherte eine deutliche Einengung auf seine psychischen Be schwerden sowie teilweise auf die von ihm als ungerecht erlebte Behandlung durch seine ehemalige Arbeitgeberin gezeigt. Die Grundstimmung des Versi cher ten habe durchwegs depressiv gewirkt, obwohl der Versicherte auch eine Tendenz zu dissimulierendem Verhalt en gezeigt habe. Weiter habe der Versi cherte immer wieder eine Affektverarmung gezeigt, welche jedoch keiner Af fekt verflachung oder gar Affektstarre entsprochen habe. Die affektive Schwin gungs fähigkeit sei in gewissen Momenten nicht vorhanden gewesen (Urk. 7/49/11-12).

Dr. A. ___ diagnostizierte eine ausgeprägte depressiv-narzisstische neurotische Störung (ICD-10 F34.1/F48.9) mit mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1), mit schwerer Neurasthenie (ICD-10 F48.0), mit Agoraphobie mit Panik störung (ICD-10 F40.01) und mit sozialer Phobie (ICD-10 F40.1). Er hielt fest, beim Versicherten bestehe eine schwerwiegende psychische Störung. Der Versi cherte sei in einem Umfeld aufgewachsen, welches von fehlender Kontinuität hinsichtlich der Bezugspersonen und vor allem von fast vollständig fehlender emotionaler Zuwendung geprägt gewesen sei. Dies sei ein ideales Milieu für die Entwicklung einer ausgeprägt depressiv-neu rotischen Persönlichkeitstruktur gewesen. Im B eruf sei der Versicherte auf regelmässiges Lob und anhaltende Anerkennung durch seine Vorgesetzten und Kunden angewiesen gewesen, um seine früh erworbenen narzisstischen Mangelserfahrungen zu kompensieren. Es handle sich mit anderen Worten um eine erhebliche Selbstwertproblematik mit entsprechenden Insuffizie nzgefühlen. Dies führe auch zur Dissimulationsten denz . Zudem neigten Personen mit narzisstischen Störungen dazu, depressiv zu dekom pensieren , wenn Insuffizienzgefühle erlebt w ü rden , und aus dem gleichen Grund

könne es zu erheblichen neurasthenischen Fehlentwicklungen kommen . Sowohl die depressive Störung als auch die schwere neurasthenische Störung hätten ihren Ursprung in der ausgeprägten, primär zugrunde liegenden depressiv-narzisstisch-neurotischen Störung. Zusätzlich habe der Versicherte eine Angststörung entwickelt. Auch diese müsse vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden neurotischen Störung verstanden werden, da Menschen mit ausgeprägten narzisstischen Neigungen dazu tendierten , irgendwann ihre innerpsychischen Ressourcen derart strapaziert zu haben, dass sie für psychische Fehlentwicklungen anfällig würden. Aufgrund der Angst des Versicherten vor Panikattacken in sozialen Situationen habe er die für ihn so essentielle narzisstische Aufwertung nicht mehr erhalten können, woraufhin sich die depressiv-neurotische Störung stärker und deutlicher manifestieren könne n . Vor die sem Hintergrund der innerpsychischen Grundstruktur des Versicherten könne ver stan den werden, weshalb es trotz mehr als dreijähriger psychiatrischer Be hand lung nicht habe gelingen können, die psychische Fehlentwicklung zu ver bessern. Prognostisch sei festzuhalten, dass sich am psychischen Zustand kaum etwas werde verändern können (Urk. 7/49/12-15).

Der Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit als Schadensinspektor sowie in jeder anderen Arbeitstätigkeit seit Oktober 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Dies sei aufgrund der neurasthenischen Fehlentwicklungen, aber auch aufgrund der phobischen Beschwerden, welche nur dank zahllosem Vermeide verhalten weitgehend kompensiert werden könnten, der Fall . Dr. A.____ führte zudem aus, dass er sich, da er eine Neurasthenie diagnostiziert habe, zu den sogenannten Foerster-Kriterien äussere. Diese seien deutlich erfüllt (Urk. 7/49/18-19).

Zu den bereits vorhandenen Berichten und Gutachten hielt Dr. A.____ fest, dass in den Gutachten von Dr. B.____ und Dr. D.____ sowie im Austrittsbericht der C.____ und in den Berichten von med. pract .

E.____ die innerpsy chische Struktur des Versicherten nicht korrekt erfasst worden sei und die Diag nose einer Anpassungsstörung, welche eine milde psychische Fehlentwicklung darstelle, nicht überzeuge. Das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ sei demgegenüber in allen Aspekten nachvollziehbar und erfasse die innerpsy chi sche Struktur des Versicherten eingehend. Der einzige Unterschied zu seiner Einschätzung ergebe sich in der konzeptuellen Erfassung der Psychostruktur, indem

Dr. Z.____ eine Persönlichkeitsstörung anstelle einer neurotischen Stö rung diagnostiziert habe (Urk. 7/49/20-22). 4. 4.1

Die Gutachten von Dr. A.____

vom 27. August 2013 (Urk. 7/49) und von

Dr. Z.____

vom 8. Februar 2012 (Urk. 7/16) begründen das Vorliegen von schwe ren psychischen Störung en, deren Entstehung , basierend auf einer mit Prob lemen behafteten Kindheit, deren Wechselwirkungen untereinander

sowie deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nachvollziehbar. Weiter ge langte auch die psychiatrische Fachärztin Dr. G.____ vom RAD am 25. April 2012 in ihrer internen Stellungnahme zum Ergebnis, dass das Gutachten von Dr. Z.____ schlüssig sei (Urk. 7/18/3-4). Demgegenüber sind die Berichte von Dr. B.____

vom 15. März 2010 (Urk. 7/12/23-38) und von Dr. D.____

vom 4. April 2011 (Urk. 7/12/4-11) deutlich weniger detailliert , wobei es insbesondere an einer ausführlich begründeten Diagnosestellung fehlt . Dies erscheint des halb besonders relevant, weil sich die psychischen Beschwerden des Versicherten über Jahre hinweg entwickelt haben und die Erklärung ihrer Entstehung bis in die Kindheit zurückreicht. Zudem neigt der Versicherte gemäss den Gutachten von Dr. A.____ und Dr. Z.____ zur Dissimulation seiner Beschwerden (Urk. 7/14-15 ,

Urk. 7/49/11), was deren Erfassung erschwert. Ob es

sich bei der neben der Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), welche sowohl von Dr. A.____ als auch von Dr. Z.____ diagnostiziert wurde (Urk. 7/49/12, Urk. 7/16/16) , hauptsächlich vorliegenden psychischen Störung ,

wie von Dr. A.____ ausgeführt worden ist, um eine ausgeprägte depressiv-narzisstische neurotische Störung (Urk. 7/49/12, Urk. 7/49/17-18) ,

oder wie von Dr. Z.____ festgehalten

worden ist (Urk. 7/16/16) , um eine

sonstige Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) handelt , ist in versicherungsrechtlicher Hinsicht nicht entscheidend . Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit kommt es nämlich nicht auf die Diagnosestellung, sondern auf den Schweregrad der ärztlich attestierten gesundheitlichen Beeinträchtigung und dementsprechend auf das Mass ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an

(vg l. Urteil des Bundesgerichts 9C_826/2011 vom 6. Februar

2012 E.

3.2) . Weiter sind sich die Gutachter

Dr. A.____ und Dr. Z.____ einig, dass beim Versicherten zudem eine mindestens mittelgradige depressive Episode vorliegt (Urk. 7/16/17, Urk. 7/49/12), was eben falls nachvollziehbar erscheint.

Während Dr. A.____

von einer noch immer vorhandenen Neurasthenie ausging , war eine solche Störung gemäss

Dr. Z.____ zunächst vorhanden, bildete sich dann jedoch zur depressiven Episode aus (Urk. 7/16/17, Urk. 7/49/12). Jedenfalls sind beim Versicherten gemäss beiden Gutachtern Symptome von Müdigkeit und Erschöpfung festzustellen. 4.2

Die IV-Stelle verneinte den Rentenanspruch des Versicherten in der angefochtenen Verfügung vom 3. September 2014 vor allem aufgrund einer Stellungnahme ihres Rechtsdienstes. Der Rechtsdienst führte in seiner internen Stellungnahme vom 8. und 13. Januar 2014 insbesondere aus , die mittelgradige depressive Episode wie auch die schwere Neurasthenie seien weitgehend durch psychosoziale Faktoren ausgelöst und unterhalten worden, weshalb die erhobenen Befunde in den psychosozialen Belastungsfaktoren ihre hinreichende Erklärung fänden (Urk. 7/59/9).

Zutreffend ist, dass

je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein muss. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Doch Dr. A.____

hielt deutlich fest, dass beim Versicherten schwere psychische Störungen bestehen (Urk. 7/49/12). Dabei erläuterte er, dass die seit mehreren Jahren vorhandenen psychischen Beschwerden auf einer psychischen Grundstruktur basierten, welche als gravierende strukturelle psychische Störung bezeichnet werden müsse (Urk. 7/49/18). Dr. Z.____ führte zudem ausdrücklich aus, dass das Bestehen der psychischen Störungen nicht durch wesentliche psychosoziale Faktoren beeinflusst werde und solche Faktoren lediglich vor sowie im Jahr 2009 bei der Entstehung der Beschwerden möglicherweise eine gewisse Rolle gespielt hätten (Urk. 7/16/20). Die diagnostizierten psychischen Störungen finden in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen somit kein eswegs

eine hinreichende Erklärung, weshalb sie grundsätzlich von versicherungsrechtlicher Relevanz sind. 4.3

Weiter ist gemäss der Stellungnahme des Rechtsdienstes bei einer Betrachtung der vom Versicherten geschilderten Ängste nicht ersichtlich, weshalb dieser in einer Tätigkeit ohne direkten Kundenkontakt, bei welcher er den Tag frei ein teilen könne, nicht voll arbeitsfähig sein solle. Zudem sei der Versicherte gemäss dem Gutachten von Dr. A.____

bezüglich phobischer Störungen aktuell weitgehend beschwerdefrei (Urk. 7/58/8-9). Zwar hielt Dr. A.____ tatsächlich fest, der Versicherte sei in seinem Alltag, was phobische Störungen betreffe,

unterdessen weitgehend beschwerdefrei.

Doch gleichzeitig führte er aus, dass dies nur der Fall sei, weil der Versicherte täglich zahlreiche Vermeidungsstrategien einsetze und sich sozial komplett zurückgezogen habe (Urk. 7/49/16). Tatsächlich schilderte der Versicherte, dass er, um Panikattacken zu vermeiden, praktisch alle sozialen Kontakte abgebrochen habe, Mahlzeiten in Restaurants vermeide und nicht mehr alleine Autofahre. Seien sie einmal auswärts zum Essen eingeladen, so trinke er etwas Alkohol, damit seine Ängste nicht überhandnehmen (Urk. 7/49/9-10). Weiter berichtete der Versicherte von Ängsten, Lift zu fahren, in Flugzeugen

zu reisen, öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen, durch Tunnels zu fahren oder in einem Verkehrsstau zu stehen, unter welchen er früher nicht gelitten habe. Zuletzt sei zu Hause praktisch der einzige Ort gewesen, wo er sich weitgehend beschwerdefrei gefühlt habe (Urk. 7/49/8). Dr. A. ___ hielt entsprechend fest, dass der Versicherte seine phobischen Beschwerden nur mit zahllosen Vermeidungsverhalten weitgehend kompensiert halten könne und dadurch in seinem Alltag wie auch in seiner Arbeitsfähigkeit massiv beeinträchtigt sei (Urk. 7/49/18). Angesichts dessen, dass der Versicherte bereits Angst hat, wenn er mit seiner Ehefrau zum Essen eingeladen ist und er sich auch in einer Arbeitstätigkeit ohne Kundenkontakt mit Mitarbeitern und Vorgesetzten auseinandersetzen müsste,

ist die Schlussfolgerung des Rechtsdienstes, dass für eine Tätigkeit ohne Kundenkontakt volle Arbeitsfähigkeit bestehe, nicht zuzustimmen. Anzumerken ist zudem, dass der Versicherte gemäss dem Gutachten von Dr. Z. ___ auch in Leistungssituationen, in denen er sich bewähren muss und befürchtet, dies nicht zu können, an Angst leidet (Urk. 7/16/14). Solche Situationen können auch in Arbeitsverhältnissen ohne Kundenkontakt nicht vermieden werden. 4.4

Der Rechtsdienst vertrat weiter den Standpunkt, dass der Versicherte aufgrund seiner narzisstischen neurotischen Störung genügend Anerkennung und Bestätigung für seine Leistungen benötige, weshalb eine Arbeitstätigkeit sogar erforderlich er scheine (Urk. 7/59/10). Dr. A. ___

hielt zwar tatsächlich fest, dass der Versicherte bei seiner Arbeitstätigkeit in erhöhtem Mass auf Anerkennung angewiesen gewesen sei, um seine früh erworbenen narzisstischen Mangelerfahrungen zu kompensieren, und solange der Versicherte von aussen immer wieder genügend Anerkennung erhalten habe, sei es ihm möglich gewesen, seine Insuffizienzgefühle zu kompensieren (Urk. 7/49/14, Urk. 7/49/16). Allerdings ergibt sich aus den Ausführungen von Dr. A. ___ auch, dass Menschen mit ausgeprägten narzisstischen Störungen dazu neigten, ihre innerpsychischen Ressourcen irgendwann derart strapaziert zu haben, dass sie für psychische Fehlentwicklungen anfällig werden. Aufgrund solcher Fehlentwicklungen habe der Versicherte die für ihn so essentielle Aufwertung von aussen nicht mehr erhalten können, woraufhin sich die psychischen Beschwerden verschlimmert hätten (Urk. 7/49/16). Mit der Problematik, dass der Versicherte zur Zeit gemäss der überzeugenden gutachterlichen Einschätzung mangels Leistungsfähigkeit keine Anerkennung und Bestätigung für seine Leistungen erhalten kann, setzte sich der Rechtsdienst nicht auseinander.

Zudem liessen auch die psychiatrisch festgestellten Befunde gemäss der Auffassung des Rechtsdienstes nicht auf eine volle Arbeitsunfähigkeit schliessen: Das formale Denken sei unauffällig gewesen, der Versicherte sei bewusstseinsklar sowie allseits orientiert gewesen und sowohl die kognitiven Ressourcen als auch die Intelligenz seien innerhalb der Norm gelegen (Urk. 7/59/10). Beim Versicherten stehen jedoch depressive Beschwerden, Erschöpfung und Müdigkeit so wie die Angststörung und das daraus resultierende Vermeidungsverhalten im Zentrum der psychischen Beschwerden (Urk. 7/49/14-16). Deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit können nicht mit Hinweisen auf ein unauffälliges formales Denken, Bewusstseinsklarheit und kognitive Ressourcen negiert werden. 4.5

Da Dr. A. ___ unter anderem eine Neurasthenie diagnostiziert (Urk. 7/49/12), äusserte er sich zu den im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung sowie im Verfügungszeitpunkt für diese

psychische Störung rechtsprechungsgemäss angewandten sogenannten Foerster-Kriterien (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_302/2013 vom 25. September 2013 E. 4.1) , wobei er deren Vorliegen bejahte (Urk. 7/49/18-19). Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht inzwischen 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 .

Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislage der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Der Prüfungsraaster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines rentenberechtigenden

Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zu mindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisschuldigste versicherte Person zu tragen (E. 6).

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

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - 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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) .

Dr. A.____ hielt klar und schlüssig fest, dass beim Versicherten eine schwerwiegende psychische Störung vorliege

(Urk. 7/49/ 12). Diese Störung sowie ihre Auswirkungen liessen sich trotz mehrjähriger fachpsychiatrischer Behandlung , welche zunächst wöchentlich und dann vierzehntäglich stattfand (Urk. 7/49/9),

sowie eines stationären Aufenthalts (Urk. 7/10/5-7) nicht verbessern. Neben der Neurasthenie leidet der Versicherte an einer Agoraphobie mit Panikstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode. Zudem basieren diese Störungen auf einer depressiv-narzisstischen neurotischen Störung oder einer sonstigen Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/16/16, Urk. 7/49/12) . Es sind somit weitere psychische Störungen als Komorbiditäten

vorhanden. Dr. A.____ hielt weiter fest, dass der Versicherte über Jahre hinweg sehr gute soziale und berufliche Kompetenzen aufgewiesen habe, was auf sublimierte Bewältigungsstrategien schliessen lasse. Dank solcher Ressourcen gelinge es ihm nun auch, ein bezüglich phobischer Störung weitgehend beschwerdefreies Leben zu führen, während er jedoch sozial und beruflich erheblich beeinträchtigt sei, da die Bewältigungsstrategien schlussendlich nicht ausreichen, um mit den psychischen Beschwerden umzu gehen, welche unter dessen zu schwerwiegenden qualitativen Funktionseinbussen geführt hätten (Urk. 7/49/17-18) . Dies lässt darauf schliessen, dass beim Versicherten zwar persönliche Ressourcen vorhanden sind, diese jedoch zur Bewältigung der Auswirkungen der psychischen Störungen nicht ausreichen. Der Versicherte lebt mit seiner Ehefrau und seinem Stiefsohn zusammen, doch ansonsten pflegt er kaum noch soziale Kontakte (Urk. 7/49/7, Urk. 7/49/10) . Im Alltag hält er sich meist zu Hause auf, schaut fern und schläft. Zudem kocht der Versicherte und geht gelegentlich mit dem Hund spazieren. Mangels Interesse liest der Versicherte kaum noch und war 2013 lediglich zweimal auf seinem Fischerboot, obwohl er früher beinahe täglich gefischt hatte (Urk. 7/49/10). Im März 2010 musste der Versicherte aufgrund von Panikattacken die Ferien abbrechen, und anders als vor dem Jahr 2009 treibt er keinen Sport mehr. Er unternimmt kaum mehr etwas mit seiner Familie und schon gar nicht mit anderen Menschen (Urk. 7/16/13) . Somit ist der Versicherte auch im Alltag und in seiner Freizeit durch die psychischen Störungen deutlich eingeschränkt. Der Leidensdruck zeigt sich auch darin, dass der Versicherte sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befindet und das Antidepressivum Seralin einnimmt (Urk. 7/49/9), welches unter anderem zur Behandlung von depressiven Störungen, Panikstörungen und sozialer Phobie eingesetzt wird (vgl. www.compendium.ch). Anzumerken ist, dass beim Versicherten keine Hinweise auf eine Aggravation oder Verdeutlichungstendenz festgestellt wurden (Urk. 7/49/11).

Insgesamt lässt sich somit festhalten, dass sich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in Anwendung der Standardindikatoren bestätigen lässt. 4.6

Dr. A.____ hielt fest, dass der psychische Gesundheitsschaden bereits ab Oktober 2009 bestanden habe, und dass die 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten mit Sicherheit ab diesem Datum bestehe (Urk. 7/49/22-23). Dabei ging Dr. A.____ von einer psychischen Fehlentwicklung aus, welche im Jahr 2004 begonnen habe und sich ab dem Jahr 2007 deutlich verschlimmert habe (Urk. 7/49/15).

Da dem Versicherten von seiner Arbeitgeberin nach vieljähriger Tätigkeit als Sachchadensinspektor im Oktober 2009 aus Leistungsgründen, welche gemäss dem Versicherten mit den Auswirkungen der psychischen Beschwerden im Zusammenhang standen (Urk. 7/49/6-7), gekündigt worden ist (Urk. 7/8/1, Urk. 7/8/7) und er von der Hausärztin ab dem 12. Oktober 2009 krankgeschrieben

worden ist (Urk. 7/12/34), erscheint dies nachvollziehbar. Die Einschätzung, dass die Arbeitsfähigkeit seit Oktober 2009 besteht, wurde auch von Dr. Z.____ geteilt (Urk. 7/16/17). Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, wobei die Rente gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG vom Beginn des Monats an ausbezahlt wird, in welchem der Rentenanspruch entsteht. Da die Anmeldung des Versicherten am 1. März 2011 erfolgte (Urk. 7/2), besteht der Rentenanspruch daher ab September 2011. 4.

E. 5

die Abweisung der Beschwerde (Urk. 21). Mit Verfügung vom 10. November 2015 wurde den Parteien Frist angesetzt, um sich zu den Eingaben der anderen Parteien zu äussern (Urk. 23). Schliesslich nahmen die IV-Stelle mit Eingabe vom 23. November 2015, der Versicherte mit Eingabe vom 30. November 2015 und die Beigeladene mit Eingabe vom 14. Dezember 2015 nochmals Stellung (Urk. 25, Urk. 26, Urk. 28).

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

E. 5.1

Da es um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Soweit die Beigeladenen wie die Beigeladene aktiv am Verfahren teilgenommen haben, besteht grundsätzlich kein Dispens von der Kostenpflicht (vgl. Gesetz über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich, Kommentar, 2. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2009, § 14 N 33 mit Hinweis). Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) festzulegen und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Die Kosten sind den

überwiegend unterliegenden Parteien, der Beschwerdegegnerin und der

Beigeladenen

je hälftig aufzuerlegen.

E. 5.2

Ferner hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (Art. 61 lit. g ATSG, § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich).

Unterliegende Beigeladene können nur bei der Bejahung einer mutwilligen oder leichtsinnigen Prozessführung zur Bezahlung einer Prozessentschädigung an die obsiegende Partei verpflichtet werden (BGE 128 V 323). Ein solches Verhalten lag bei der Beigeladenen nicht vor. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- bis Ende 2014 und von Fr. 220.-- ab dem Jahr 2015 ist somit die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung in der Höhe von Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. September 2014 mit der Feststellung, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2011

Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat, aufgehoben. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin sowie der Beigeladenen je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Gesellschaft für
Vorsorgeberatung AG - 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 Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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

E. 7

Zusammengefasst ist aufgrund der schlüssigen psychiatrischen Gutachten von Dr. A.____
und Dr. Z.____

erstellt, dass der Versicherte an erheblichen psychi schen Störungen leidet, welche in ihrem
Zusammenspiel zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten führen. De r
von der IV-Stelle basie rend auf der Stellungnahme ihres Rechtsdienstes vorgenommene n
Einschät zung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne Kun
den kontakt und bei freier Arbeitseinteilung ist hingegen nicht zu folgen . Die Beschwerde
ist daher teilweise gutzuheissen , die angefoch tene Verfügung ist auf zuheben und dem
Versicherten ist ab dem 1. September 2011 eine ganze Invalidenr ente zuzusprechen. 5.

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