

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00343 vom 14. Oktober 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00343](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00343)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00343 du 14 octobre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00343 del 14 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **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 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 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen.

Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

#### **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).

Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c, je mit Hinweisen).

#### **E. 2**

IVG.

#### **E. 2.1**

Bezüglich des Antrags auf Feststellung einer Rechtsverzögerung ist festzuhalten, dass an einer nachträglichen Feststellung einer Rechtsverzögerung kein Rechtsschutzinteresse besteht (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Auflage, Rz. 67 zu Art. 62 mit weiteren Hinweisen). Auf den entsprechenden Antrag ist demzufolge nicht einzutreten.

Was eine allfällige Datenschutzverletzung betrifft, ist gestützt auf Art. 15 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Datenschutz in Verbindung mit Art. 28a des Schweizerischen Zivilgesetzbuches auf die Zuständigkeit der zivilen Gerichte am Wohnsitz des Klägers oder

des Beklagten zu verweisen, was auch in diesem Punkt zu einem Nichteintreten auf die Beschwerde führt.

### **E. 2.2**

Vergleichsbasis im vorliegenden Revisionsverfahren bildet die Verfügung vom 26. November 2008, mit welcher die IV-Stelle dem Beschwerdeführer aus gehend von einem Invaliditätsgrad von 48 % - ab 1. September 2006 eine Viertelsrente zusprach (Urk. 7/34). In medizinischer Hinsicht stützte sich die genannte Verfügung auf den Bericht der Uniklinik E.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2008 (Kontrolle am 20. Dezember 2007). Die dafür verantwortlichen Fachärzte diag nostizierten dannzumal einen Status nach Resektion hererotoper Ossifikationen anterior Hüfte links mit Pfannenwechsel über Trochanterosteotomie am 4. September 2007, einen Status nach Implantation Hüft-TP zementfrei MIS links am 14. Juli 2006 bei sekundärer Coxarthrose nach Morbus Perthes, einen Status nach Frühdislokation am 14. Juli 2006 und geschlossener Reposition am 15. Juli 2007 mit anschliessender offener Revision Hüft-TP links am 19. Juli 2006 sowie eine Fasziitis plantaris links (Urk. 7/16/7, korrekte Daten: Urk. 7/105/22). In einer nicht belastenden Tätigkeit in vorwiegend sitzender Position sei ab dem nächsten Jahr zunächst eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, später eine solche von 100 % zu attestieren (Urk. 7/16/8).

### **E. 2.3**

Wie die ursprüngliche Leistungszusprache wurde auch die (wiedererwägungs weise aufgehobene) Einstellung der Rente mit Verfügung vom 3. Dezember 2009 allein mit den somatischen Beschwerden bzw. deren Verbesserung begründet (Urk. 7/63). Die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 3. Dezember 2009 erfolgte insbesondere zur Abklärung der psychischen Beschwerden, welche – wie schon dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 22. Dezember 2014 zu entnehmen ist (Urk. 7/254) – heute bezüglich der Ein schätzung der Arbeitsfähigkeit völlig im Vordergrund stehen. Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, ging in seinem Gutachten vom 5. Mai 2009 (Urk. 7/40) von der Wiederlangung eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (S. 8). Vor diesem Hintergrund kann im Zuge der Zusammenfassung der medizinischen Akten auf eine Wiedergabe der somati schen Beschwerden verzichtet werden.

Auf die Ausführungen der Parteien wird – soweit erforderlich – im Rahmen der Erwägungen eingegangen.

### **E. 3.1**

Die für das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. Dezember 2010 verantwortlichen Fachärzte gingen in psychiatrischer Hinsicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von den folgenden Diagnosen aus: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F45.4). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie einer post traumatischen Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1) zu. Aufgrund der depressiven Störung sowie der somatoformen Schmerzstörung sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen. Die Symptome der PTBS seien sehr geringgradig ausgeprägt und würden die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken (Urk. 7/105/2-25 S. 20 ff.).

### **E. 3.2**

Die für den Bericht des Psychologischen Instituts, Spezialambulatorium für Psychotherapie und Begutachtung, G.\_\_\_\_, vom 17. Februar 2011 verantwortlichen Fachpersonen diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig (mindestens) mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine posttraumatische Belastungsstörung, (mindestens) mittelschwere Ausprägung (ICD-10 F43.1). Sie könnten der Einschätzung der A.\_\_\_\_-Gutachter, was den Schweregrad der Störungen und den Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit betreffe, nicht zustimmen. Es handle sich beim Beschwerdeführer um einen psychisch schwer belasteten Patienten und sie würden die Arbeitsfähigkeit in einer den psychischen Leiden angepassten Tätigkeit auf 50 % festsetzen (Urk. 7/112).

### **E. 3.3**

Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 25. Januar 2012 fest, dass mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit keine Diagnose gestellt werden könne. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mass er einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, gemischt, bei chronischem Schmerzsyndrom und psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F43.22) zu. Weiter sei ein Verdacht auf Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24) gegeben; anamnestisch liege ein Status nach pathologischem Spielen, aktuell angeblich remittiert, vor (ICD-10 F63.0). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/146 S. 17 f. und S. 20).

### **E. 3.4**

Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 11. Juni 2013 (Urk. 7/209 S. 35) eine schwere und aufgrund der Dauer chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) mit/bei mittelgradig depressiver Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11), chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bei anamnestisch fest gehaltener und möglicher anhaltender somatoformer Schmerzstörung (F45.4), einem Status nach pathologischem Spielen (ICD-10 F63.0) sowie einer Störung durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20).

Bezüglich der Gewichtung wie auch der versicherungspsychiatrischen Relevanz stehe die posttraumatische Belastungsstörung im Zentrum, die depressive Störung könne heute auch als Ausdruck der PTBS verstanden werden. Die chronische Schmerzstörung sei als Nebendiagnose zu verstehen, welche kaum wesentliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben dürfte. Spätestens ab Oktober 2009 (Erstbeurteilung durch die G.\_\_\_\_) dürfte eine posttraumatische Belastungsstörung im Sinne der heutigen Symptomatik vor gelegen haben (S. 35 f.). Aktuell sei für sämtliche Tätigkeiten von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei diese Einschätzung mindestens seit der Integrationsabklärung im C.\_\_\_\_ im Mai 2012 Gültigkeit habe, wahrscheinlich aber schon länger (S. 38).

Therapeutisch sei eine stationäre psychotraumatologische Behandlung dringend angezeigt, etwa in der Klinik H.\_\_\_\_. Dabei könnte auch die Medikamenten-Compliance verbessert werden. Prognostisch sei über die kommenden Jahre eine Aufhellung der Symptomatik sowie eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 39).

### **E. 4.1**

Dr. D.\_\_\_\_ legte den medizinischen Sachverhalt in einer schlüssigen und nachvollziehbaren Weise dar, insbesondere äusserte er sich ausführlich zu den Vor gutachten.

So hielt er fest, die für das A.\_\_\_\_-Gutachten verantwortlichen Fachärzte hätten sich zur Auswirkung der PTBS auf die Arbeitsfähigkeit umfassend äussern müssen, da ihre Einschätzung vollends von jener der behandelnden Ärzte abweiche. Dabei genüge die Anmerkung nicht, dass „dieser Einschätzung keine Folge geleistet werden könne“. Weiter stelle sich die Frage, aufgrund welcher Befunde die A.\_\_\_\_-Gutachter denn eine posttraumatische Belastungsstörung überhaupt als ausgewiesen erachtet hätten, wenn sie nämlich im Psychostatus einen praktisch unauffälligen Versicherten beschreiben würden. Bezüglich der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ sei anzumerken, dass die psychopathologische Beschreibung auf wenigen Zeilen sehr knapp ausgefallen sei und auf Grund dieser, die praktisch normal ausgefallen sei, eigentlich nicht mal die fest gehaltene Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt hätte diagnostiziert werden dürfen. Auch fehle eine kritische Diskussion der mittlerweile sehr grossen Anzahl an Behandlungs- und Verlaufsberichten der behandelnden Ärzte, die von einer PTBS ausgehen würden (vgl. etwa Urk. 7/112). Weiter begründe Dr. B.\_\_\_\_ das Nichtvorliegen einer PTBS vor allem mit der Latenz, was der ICD-Beschreibung nicht gerecht werde. Diese umfasse auch Ausnahmen, die, wie aus der Forschung bekannt sei, gar nicht so selten seien. Auch mehrjährige – gar über Jahrzehnte – dauernde Latenzen seien keine Seltenheit, gerade bei Leuten aus Kriegsgebieten oder dem Holocaust (Urk. 7/209 S. 36 f.).

#### **E. 4.1.3**

durchzuführen ist (E. 5.2.3).

#### **E. 4.2**

Die grundsätzliche Beweistauglichkeit des Gutachtens von Dr. D.\_\_\_\_ vermögen auch die Einwände des RAD nicht in Frage zu stellen. So weist med. pract. I.\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie, RAD) etwa auf unterschiedliche Schil derungen der traumatisierenden Erlebnisse und auf ein generell se lektives Erin nerungsvermögen hin, weiter schaue der Beschwerdeführer regel mässig Sendungen über den Y.\_\_\_\_, was angesichts einer PTBS nicht nachvoll ziehbar sei (Vermeidungsverhalten). Die Erhebung der Lebensumstände sei dabei derart, dass unklar sei, ob überhaupt eine mittelgradige Depression und eine PTBS vor liege. Unklar sei weiter, wie ein Spielsüchtiger von der Spielsucht habe Abstand nehmen können, im Übrigen mangle es generell an einer Differen zie rung der psychosozialen Belastungsfaktoren gegenüber einer eventuellen PTBS. Auch habe der Beschwerdeführer nach dem Trauma im Y.\_\_\_\_ zwei Jahre Geschichte studiert, was schwerlich zu einem eventuellen Verdrängen passe, dar über hinaus würden die Gründe für die Medikamenten-Malcompliance nicht hinterfragt (Urk. 7/283 S. 1 f.).

#### **E. 4.3**

Zu diesen Einwänden ist anzumerken, dass sich Dr. D.\_\_\_\_ im Rahmen der Beur teilung der Inkonsistenzen bewusst war. So weist er etwa ausdrücklich auf die schwierige Erhebung des Tagesablaufs hin (Urk. 7/209 S. 22), weiter auf den Umstand, dass bei traumatisierten Patienten die unterschiedliche und inkonsis tente Schilderung keine Seltenheit sei (Urk. 7/209 S. 29). Ob sich die Ereignisse alle so zugetragen hätten, könne nicht gesagt werden, auf Grund der Schilde rungen wie der Aktenlage könne aber davon ausgegangen werden. Zusammen fassend müsse von einer mehrfachen Traumatisierung ausgegangen werden (Verlust des Vaters und der Mutter, Krieg, Tötung von Menschen des nahen

Umfelds; Urk. 7/209 S. 30 oben). Dabei ist anzumerken, dass sich diese Einschätzung auch mit denjenigen der behandelnden Fachärzte deckt (Urk. 7/209 S. 25, Urk. 7/112, Urk. 7/190 S. 9 f.). Klar ist auch die Aussage von Dr. D.\_\_\_\_, dass die PTBS aktuell im Zentrum der psychischen Beschwerden stehe und die depressive Symptomatik als Ausdruck dieser verstanden werden könne (Urk. 7/209 S. 35). Zur Spiel- und Alkoholabhängigkeit wies Dr. D.\_\_\_\_ darauf hin, dass das Suchtverhalten sekundär zur Abwehr möglicher und im Untergrund schwelender Beschwerden der PTBS verstanden werden müsse (Urk. 7/209 S. S. 44, vgl. bezüglich Alkoholkonsum auch Urk. 7/112 S. 2). Dabei ist anzumerken, dass bereits Dr. B.\_\_\_\_ im Januar 2012 keine Spielsucht mehr diagnostiziert hat. Bezüglich der Latenz äussert sich Dr. D.\_\_\_\_ da hingehend, dass differentialdiagnostisch gar von einer komplexen Persönlichkeitsstörung beziehungsweise von einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) ausgegangen werden könne. Bis auf die Entfremdungsgefühle erfülle er sämtliche Kriterien dieser Diagnose, welche es im Auge zu behalten gelte (Urk. 7/209 S. 34). Weiter sei die Medikamenten-Malcompliance im Strukturmangel des Beschwerdeführers zu sehen, aus diesem Grund sei auch dringend ein stationäres Setting zu empfehlen (Urk. 7/209 S. 39). Diese Einschätzung deckt sich im Übrigen mit den gemachten Erfahrungen im Rahmen der ambulanten Behandlung am Psychologischen Institut der G.\_\_\_\_ (Urk. 7/209 S. 25, Urk. 7/190 S. 9).

#### **E. 4.4.1**

Zusammenfassend kann auf das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ abgestellt werden, wobei in sämtlichen Tätigkeiten von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Zu prüfen bleibt, wie der Verlauf der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in der Zeit vom 26. November 2008 bis hin zur angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2016 einzuschätzen ist.

#### **E. 4.4.2**

Dr. D.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Gutachten vom 11. Juni 2013 dahingehend, dass seine Einschätzung mindestens seit der Integrationsabklärung im C.\_\_\_\_ im Mai 2012 Gültigkeit habe, wahrscheinlich aber schon länger (Urk. 7/209 S. 38). Aus den medizinischen Akten ist ersichtlich, dass der Gesundheitszustand, wie er im Zeitpunkt der Abklärung im C.\_\_\_\_ erhoben werden konnte (Urk. 7/168), wohl schon einige Monate länger bestanden hat. So ist einem Bericht des Psychiatricentrum J.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2012 zu entnehmen, dass bereits ab Januar 2012 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Im Rahmen der tagesklinischen Betreuung (23. Januar bis 14. März 2012) sei keine Stabilisierung der PTBS-Symptomatik mehr möglich gewesen, so dass eine stationäre störungsspezifische Traumatherapie empfohlen werde (Urk. 7/181 S. 2 f.). Vom 15. bis 21. März 2012 weilte der Beschwerdeführer aufgrund der beschriebenen Exazerbation der depressiven und PTBS-Symptomatik mit Flashbacks in der G.\_\_\_\_ (Urk. 7/190/24). Der Eintritt im C.\_\_\_\_ erfolgte am 21. Mai 2012, wobei aufgrund des Verlaufs bereits am 31. Mai 2012 der Abschluss der Abklärung vereinbart wurde (Urk. 7/169 S. 4 f.). Eine weitere Tagesklinische Betreuung am Psychiatricentrum J.\_\_\_\_ erfolgte in der Zeit vom 4. bis 11. Juni 2012 (Urk. 7/181 S. 2). Bei diesem Verlauf erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass ab Januar 2012 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

#### **E. 4.4.3**

Bezüglich der Zeitperiode zwischen dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2013 und der angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2016 gibt der von der Beschwerdeführerin

eingeholte Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberärztin am Psychiatriezentrum J.\_\_\_\_, verlässlich Auskunft. Der Beschwerdeführer stehe bei ihnen seit dem 5. Februar 2013 in ambulanter Behandlung. Seit Beginn habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers kaum wesentlich verändert. Es bestehe eine deutlich verminderte psychische und physische Belastbarkeit, welche sich nicht nur in Anforderungssituationen, sondern auch bei Alltagsaktivitäten zeige. Es sei aus ihrer Sicht nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über Fähigkeiten verfüge, über längere Zeit in ausreichendem Masse bei beruflichen Massnahmen, respektive bei angepassten Tätigkeiten mitzumachen. Mittel- und auch langfristig sei weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/261 S. 6). Auch für diese Zeitspanne ist demnach von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen.

#### **E. 4.4.4**

Hinsichtlich des Zeitraums vor Januar 2012 ist beim Bericht der L.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2009 anzu knüpfen. Die dafür verantwortlichen Fachärzte diagnostizierten (erstmalig fundiert begründet) nach der dafür vorgesehenen Kriterienprüfung eine post traumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11; Urk. 7/71 S. 1). In der Folge stand der Beschwerdeführer ab dem 11. Dezember 2009 beim Spezialambulatorium für Psychotherapie der G.\_\_\_\_ in Behandlung. Aufgrund der derzeitigen Lage sei der Beschwerdeführer definitiv in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig (Bericht vom 11. März 2010, Urk. 7/76 S. 2). Aufgrund einer Verschlimmerung der Symptome hielt sich der Beschwerdeführer in der Zeit vom 29. September bis 2. November 2010 stationär und in der Zeit vom 4. November bis 29. Dezember 2010 teilstationär in der R.\_\_\_\_ auf (Bericht vom 28. Januar 2011, Urk. 7/190/12). Die für den Bericht des Psychologischen Instituts, Spezialambulatorium für Psychotherapie und Begutachtung, der G.\_\_\_\_, vom 17. Februar 2011 verantwortlichen Fachärzte nahmen im genannten Bericht insbesondere zur mittlerweile erfolgten Einschätzung der A.\_\_\_\_-Gutachter Stellung. Was den Schweregrad der Störungen und den Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit betreffe, könnten sie der Einschätzung der A.\_\_\_\_-Gutachter nicht zustimmen. Es handle sich beim Beschwerdeführer um einen psychisch schwer belasteten Patienten und sie würden die Arbeitsfähigkeit in einer den psychischen Leiden angepassten Tätigkeit auf 50 % festsetzen (Urk. 7/112). Nachdem in der Folge der Versuch einer stationären Therapie in O.\_\_\_\_ (Klinik P.\_\_\_\_) gescheitert war, wurde am 23. Januar 2012 am Psychiatriezentrum J.\_\_\_\_ eine tagesklinische Betreuung begonnen (vgl. oben E. 4.4.2).

Auch wenn aufgrund der vorliegenden Akten bereits für den Zeitraum ab der gesicherten Diagnosestellung (Bericht der Psychiatrischen Poliklinik des G.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2009, Urk. 7/71) bis Ende 2011 von einem schwankenden Verlauf ausgegangen werden muss, ist aufgrund des Berichts des Psychologischen Instituts, Spezialambulatorium für Psychotherapie und Begutachtung, der G.\_\_\_\_, vom 17. Februar 2011 insgesamt doch noch von einer geringeren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (50 % leidensangepasst) auszugehen. Zu berücksichtigen gilt es dabei, dass der genannte Bericht – etwa gegenüber dem Bericht des Spezialambulatoriums für Psychotherapie der G.\_\_\_\_ vom 11. März 2010 – nicht allein eine Einschätzung aus therapeutischer Sicht darstellt, sondern als Stellungnahme zur Einschätzung der A.\_\_\_\_-Gutachter verfasst und dabei auch dem Aspekt der medizinisch-theoretischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

Rechnung getragen wurde. Weiter ist zu beachten, dass der Bericht in einem Zeitraum verfasst wurde, in welchem – unter Berücksichtigung der Jahre 2010 und 2011 - eher von einem schlechteren gesundheitlichen Zustand auszugehen ist (vgl. Urk. 7/190/9, Zustandsbeschreibung nach Klinikaustritt ab Januar 2011). Bei dieser Sachlage erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass in der Zeit vom 27. Oktober 2009 (Erstgespräch, Bericht vom 29. Oktober 2009) bis Ende 2011 durchschnittlich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden kann.

### **E. 5.1**

Mit zur Publikation vorgesehenem Urteil 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 hat das Bundesgericht nunmehr festgestellt, dass zur auch bei der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung ein strukturiertes Beweisverfahren unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 E.

#### **E. 5.2.1**

Mit BGE 141 V 281 (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 Versicherungsverlaufes mittels der Regel-/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. 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 Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG)

ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung 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 rechtlich er 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 Vorgehensweisen 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

#### **E. 5.2.2**

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 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. 5.2.3**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verfahren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die bei gezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen gutachten gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

### **E. 5.3.1**

Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten ist von einer ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen. Dr. D.\_\_\_\_ hielt in diesem Zusammenhang fest, dass das Krankheitsbild eindrücklich sei und es sich um das Vollbild einer PTBS handeln dürfte; differentialdiagnostisch könne gar von einer komplexen Persönlichkeitsstörung bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) ausgegangen werden (Urk. 7/209 S. 34). Weiter ergibt sich die Schwere der Erkrankung auch aus dem Verlauf. Dabei ist seit dem 11. Dezember 2009 von umfangreichen und trotz dem wenig erfolgreichen therapeutischen Bemühungen auszugehen, wobei auch eine berufliche Integrationsabklärung im C.\_\_\_\_ an den gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers scheiterte (vgl. vorstehend E. 4.4.2 und E. 4.4.4, Urk. 7/209 S. 38), so dass mittlerweile von einem weitgehend therapieresistenten Beschwerdebild auszugehen ist.

Beim Aspekt der Komorbidität ist neu eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung beziehungsweise der äquivalenten Beschwerdebilder zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen. Neben der posttraumatischen Belastungsstörung leidet der Beschwerdeführer

- nebst den die Hauptdiagnose begleitenden Diagnosen einer mittelgradig depressiven Störung sowie einer chronischen Schmerz störung insbesondere an chronischen Beschwerden im Bereich der linken Hüfte (sekundäre Coxarthrose nach Morbus Perthes), wobei er sich schon mehr fach Operationen unterziehen musste. Darüber hinaus besteht auch ein chro nisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Sympto matik (Urk. 7/105 S. 22).

Was den Komplex „Persönlichkeit“ betrifft, scheint der Beschwerdeführer über nur geringe persönliche Ressourcen zu verfügen, welche ein Angehen der Krank heits folgen begünstigen könnten. Dr. K.\_\_\_\_, Oberärztin am Psychiatrie zent rum J.\_\_\_\_, hielt diesbezüglich in ihrem Bericht vom 7. Mai 2015 fest, dass der Beschwerdeführer bei ihnen seit dem 5. Februar 2013 in ambulanter Behandlung

stehe. Seit Beginn habe sich der Gesundheitszustand des Beschwer deführers kaum wesentlich verändert. Es sei aus ihrer Sicht nicht davon auszu gehen, dass der Beschwerdeführer über Fähigkeiten verfüge, über längere Zeit in ausreichendem Mass bei beruflichen Massnahmen, respektive bei angepassten Tätigkeiten mitzumachen. Mittel- und auch langfristig sei weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter, als auch in angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/261 S. 6). Dr. D.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 11. Juni 2013 weiter aus, dass eine traumaspezifische Therapie bislang deshalb nicht stattgefunden habe, da der Beschwerdeführer zu wenig Alltags-Struktur habe aufbringen können, respektive zu krank sein dürfte, um ein ambu lantes Setting wahrnehmen zu können (Urk. 7/209 S. 39).

Bezüglich des sozialen Kontexts gab der Beschwerdeführer im Rahmen des Gut achtens von Dr. D.\_\_\_\_ an, dass es aufgrund seiner Aggressivität und Gereizt heit zur Trennung von seiner Frau gekommen sei. Er wohne nun in einem Zimmer mit Kochnische in einem Wohnheim und sehe seine Kinder am Wochen ende und in der Regel am Mittwoch. Er lebe dort sehr zurückgezogen, habe noch drei Kollegen und könne höchstens noch eine halbe Stunde laufen (Urk. 7/209 S. 21 f.).

### **E. 5.3.2**

Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässige n Einschränkung des Aktivi täts niveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen ist dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2015 zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine deutlich verminderte psychische und physische Belastbarkeit

besteht, welche sich nicht nur in Anforderungssituationen, sondern auch bei Alltagsaktivitäten zeigt (Urk. 7/261 S. 6).

Aufgrund der vorliegenden Akten ergibt sich weiter, dass von einem erhebli chen Leidensdruck auszugehen ist. So ist bereits dem Bericht der G.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2009 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im äusseren Erscheinungsbild vorgeal tert wirkt (Urk. 7/71 S. 1). Die für den Bericht des Psychologischen Instituts, Spezialambulatorium für Psychotherapie und Begutachtung, G.\_\_\_\_, vom 17. Februar 2011 verantwortlichen Fachärzte hielten weiter fest, dass es sich beim Beschwerdeführer um einen psychisch schwer belasteten Patienten

handle (Urk. 7/112). Dr. D.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten 11. Juni 2013 aus, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung durchgängig verlang samt, verunsichert, verängstigt, apathisch, motivationslos und hilflos gewirkt habe, auch verzweifelt und der

Situation wenig oder gar nicht gewachsen gewesen sei (Urk. 7/209 S. 27).

#### **E. 5.4**

In einer abschliessenden Würdigung des Beschwerdebildes anhand der Standardindikatoren ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2013 sowie der Würdigung der weiteren medizinischen Akten ergibt (vgl. E. 4.4 vorstehend), nicht in Frage zu stellen.

Ab Januar 2012 ist demnach von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszu gehen, was in Anwendung von Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invaliden versicherung (IVV) ab 1. April 2012 zu einem Anspruch auf eine ganze Rente führt.

Für die Zeit davor ist aus somatischer Sicht - gestützt auf das Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 5. Mai 2009 ab 1. Januar 2009 von einer Verbesserung der Hüftbeschwerden auszu gehen, so dass in einer angepassten Tätigkeit von da an von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann (Urk. 7/40 S. 10), was im vorliegenden Verfahren unbestritten blieb. Das genannte Gutachten stellte dabei die Grundlage für die (wiedererwägungsweise aufgehobene) Verfügung vom 3. Dezember 2009 dar (Einstellung der Rente per 31. Januar 2010), wobei zuvor von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen wurde (vgl. ursprüngliche Leistungszusprache, Verfügung vom 26. November 2008, Urk. 7/34). Aufgrund der umfangreichen psychiatrischen Abklärungen ist nunmehr spätestens ab dem 27. Oktober 2009 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Im hier relevanten Zeitpunkt der strittigen Leistungsaufhebung per 1. Februar 2010 ist demnach weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgewiesen, so dass im Wesentlichen von einem die Arbeitsfähigkeit betreffend unveränderten Sachverhalt auszugehen ist. Da in erwerblicher Hinsicht von keiner Veränderung auszugehen ist, hat der Beschwerdeführer demnach auch für die Zeit ab 1. Februar 2010 Anspruch auf eine Viertelsrente.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist demnach festzustellen, dass der Beschwerdeführer für die Zeit ab 1. Februar 2010 bis 31. März 2012 Anspruch auf eine Viertelsrente und ab 1. April 2012 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Dies führt zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2016.

#### **E. 6**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine angemessene Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzen ist. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Honorarnote vom 16. Juni 2016 (Urk. 10) einen Aufwand von 8.4 Stunden nebst einer Barauslagenpauschale in der Höhe von 3 % geltend. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- führt dies zu einer Entschädigung in der Höhe von Fr. 1'848.-- nebst Barauslagen in der Höhe von

Fr. 55.45, was unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer gesamthaft zu einer Entschädigung von Fr. 2'055.75 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) führt. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. Februar 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2010 weiterhin Anspruch auf eine Viertelsrente und ab 1. April 2012 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Rainer Deecke, Zug, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'055.75 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rainer Deecke - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Z.\_\_\_\_ Versicherungsagentur, Postfach 2550, 4002 Basel 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 Beweismitel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber Gräub-Schetty

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