

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00700 vom 13. Juli 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00700](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00700)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00700 du 13 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00700 del 13 luglio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1969, gelernter Polizist, war seit dem Jahr 2001 Inhaber der Y.\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_ und betrieb seit dem Jahr 2005 nebenbei ein Restaurant im selben Ort (vgl. Urk. 11/

#### **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).

#### **E. 1.2**

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. 1.3**

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

#### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebe nenfalls 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 no ch zugemutet werden kön nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 17. Juni 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Mai 2016 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen im Sinne von beruflichen Eingliederungsmassnahmen beziehungsweise einer Invalidenrente auszurichten ( Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. August 2016 ( Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfü gung vom 4. Januar 2017 ( Urk. 13) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig wurde

antragsgemäss ( Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt sowie die A.\_\_\_\_ Stiftung Berufliche Vo rsorge,

zum Prozess beigegeben. Mit Schreiben vom 6. Februar 2017 ( Urk. 15) teilte diese mit, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Eintritts der invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit nicht mehr versichert gewesen sei. Am 6. März 2017 bestätigte der

Beschwerdeführer, dass er ab dem 6. April 2005 keiner Pensionskasse mehr angeschlossen gewesen sei. Zudem reichte er einen weiteren Bericht ein (Urk. 19-20). Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 9. März 2017 zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig wurde die A. \_\_\_ aus dem Verfahren entlassen (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass der Beschwerdeführer seit dem 30. Oktober 2013 in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Er verfüge allerdings durchaus über die nötigen Ressourcen, um sich auf dem Arbeitsmarkt einzugliedern. Die depressive Störung sei bei Aufbietung allen guten Willens überwindbar. Die Kriterien für eine subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung seien nicht (mehr) erfüllt und die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsstörung sei nicht nachvollziehbar. Auch könne nicht von einer gravierenden Agoraphobie mit Panikstörung aus gegangen werden. Aus objektiver Sicht ergäbe sich keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Das Leistungsbegehren sei daher abzuweisen (S. 1 ff.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), aus den beiden von der Beschwerdegegnerin veranlassten psychiatrischen Gutachten gehe ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden hervor. Gestützt darauf sei er seit spätestens Oktober 2012 arbeits- und erwerbsunfähig. Dem entsprächen auch die Berichte des behandelnden Psychiaters sowie des Hausarztes (S. 11). Er habe folglich Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 14).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung und dabei insbesondere das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens. 3. 3.1

Mit Bericht vom 5. Juli 2007 (Urk. 11/25/18-19) diagnostizierte Dr. med. B. \_\_\_\_, praktischer Arzt, einen lateromedialen Durchschuss des linken Unterschenkels (US) zirka 10 cm unterhalb des Kniegelenks. Der linke Nervus

suralis sei durch eine periphere diffuse Nervusläsion ohne Nachweis einer lokalisierten Nervenverletzung partiell ausgefallen. Es läge eine posttraumatische Schwäche der Extensoren und des linken Fusses vor. Ausserdem leide der Beschwerdeführer an einem schweren, sekundären Traumasyndrom mit Panikattacken und schwerer Angststörung. Aus rein körperlicher Sicht könne er seine Tätigkeit bald wieder aufnehmen. Es bestehe jedoch ein schweres psychisches Trauma. Er sei derzeit zu maximal 10 bis 20 % arbeitsfähig. Körperlich sei er maximal ein bis zwei Stunden einsetzbar. Die selbständige Führung des eigenen Unternehmens sei wegen der desolaten psychischen Lage nicht möglich (S. 1 f.). 3.2

Am 4. August 2008 erfolgte in der C. \_\_\_ Klinik eine AC-Gelenksstabilisierung/-Fesselung links bei schmerzhafter AC-Gelenksluxation Typ Tossy III bei Status nach einem am 18. März 2008 erlittenen Sturz. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet (vgl. Operations-

und Austrittsbericht vom 4. respektive 8. August 2008, Urk. 11/26/8-9, Urk. 11/26/3). 3.3

Dem durch Dr. B.\_\_\_\_ am 11. Juni 2013 erstellten Bericht (Urk. 11/13/5-8) sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (S. 1 Ziff. 1.1): - schwere Major

depression mit hochgradiger Antriebslosigkeit - hochgradige therapieresistente depressive Stimmungslage nach traumatisierenden Erlebnissen im Berufsleben - paroxysmale Panikattacken - generalisierte Angststörung - ausgeprägter psychophysischer Erschöpfungszustand

Der Beschwerdeführer seit derzeit vollständig arbeitsunfähig. Die Prognose sei unsicher (S. 3 Ziff. 1.4). 3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 22. August 2013 (Urk. 11/1) an, dass er den Beschwerdeführer seit dem 18. Januar 2013 behandle (S. 2 Ziff. 4.1), und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 2 Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit Oktober 2012 vollständig arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 3). Unter Fortsetzung der Therapiemaßnahmen sei eine schrittweise Stabilisierung und Symptomreduktion zu erwarten. Eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit oder an einen anderen gefahrenbelastenden Arbeitsplatz werde nicht realisierbar sein. Er empfehle eine berufliche Neuorientierung. Im jetzigen Zeitpunkt sei noch nicht absehbar, ab wann und in welchem Pensum eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sein werde (S. 3 Ziff. 4.7). 3.5

Am

4. März 2014 erstatteten Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, und

Dr. med. F.\_\_\_\_, praktische Ärztin, G.\_\_\_\_, ihr psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/19). Dabei konnten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 15 f. Ziff. 6.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - sonstige Reaktionen auf schwere Belastung mit Angst, Übererregbarkeit, Unsicherheit und Schlafstörungen bei Stand nach im Jahr 2007 erlittener Schussverletzung bei Ausführung der Arbeit ohne Erfüllung der Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung im engeren Sinne (ICD-10 F43.8)

Sodann erachteten sie eine Phobie vor Schlangen (ICD-10 F40.2) sowie akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 6.2).

Es sei von einer seit dem Jahr 2007 bestehenden rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, welche durch die am 10. März 2007 erlittene Schussverletzung ausgelöst worden sei. Anlässlich der Untersuchung habe eine leichte depressive Symptomatik imponiert. Der Beschwerdeführer berichte von einem Verlust der Freude und Interessen. Es bestehe eine Affektarmut mit depressiver Stimmungslage und reduziertem Antrieb. Das Selbstwertgefühl sei vermindert und es seien Züge einer narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung ersichtlich. Auch

lägen Ansätze von Vermeidungsverhalten und Hyperarousal

sowie regel mässige Alpträume vor. Der Beschwerdeführer verneine jedoch das Erleben von Intrusionen und Flash backs. Somit seien die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung nur teilweise erfüllt. Allerdings

liege eine Symptomatik vor, welche einer gesunden Reaktion nach einer Traumatisierung entspreche und den Beschwerdeführer

bei der Ausführung seiner Arbeit einschränke. Ein erheblicher Anteil der Psychopathologie könne durch eine narzisstische Kränkung erklärt werden, welche den Erschöpfungszustand wesentlich zu verstärken vermöge und die Entwicklung der depressiven Symptomatik begünstige. Der Beschwerdeführer berichte ausserdem von Angstattacken, welche jedoch nicht näher spezifiziert werden könnten (S. 17 f.

Ziff. 7.1-7.2).

Die Rückkehr in die bisherige Tätigkeit sei aufgrund des erlittenen Traumas mit Symptomen einer Übererregbarkeit, eines Rückzugs sowie einer situativen Angst und Unsicherheit nicht mehr zumutbar. Der Beschwerdeführer sei derzeit in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Es sei davon auszugehen, dass bei Durchführung einer adäquaten Therapie wiederum eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ohne potenzielle Gefahren und ohne ausgiebigen Kundenkontakt erreicht werden könne. Das zumutbare Pensum müsse im Rahmen eines Arbeitsversuches evaluiert werden, wobei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden sollte (S. 20 ff. Ziff. 8.1-8.2). Eine berufliche Wiedereingliederung könne erst nach einer psychischen Stabilisierung und somit frühestens in drei bis sechs Monaten erfolgen (S. 22 Ziff. 8.3.1). 3. 6

Mit Stellungnahme vom 10. Juli 2014 (Urk. 11/42) kamen

Dr. D.\_\_\_\_ sowie Dipl.-Psych. H.\_\_\_\_

zum Schluss, dass die gutachterliche Beurteilung durch die Ärzte der G.\_\_\_\_

grösstenteils mit der eigenen Einschätzung übereinstimme. Die Beschwerden des Beschwerdeführers hätten sich unter der erfolgten Therapie jedoch soweit gebessert, dass rehabilitative berufliche Massnahmen bereits sinnvoll und durchführbar erscheinen. Dies zunächst in einem Pensum von maximal 50%. Für die Annahme einer

Überwindbarkeit der depressiven Symptomatik liege

keine medizinische Grundlage vor. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD -10 F43.1) seien zweifelsfrei erfüllt. Die gutachterlich diagnostizierten akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszüge seien dagegen nicht erkennbar (S. 1 ff.). Bei sachgerechter Unterstützung sei mittel- bis langfristig die Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit realisierbar, dies allerdings nicht mehr im bisherigen gefahrenexponierten Tätigkeitsbereich (S. 5). 3.7

Auch Dr. B.\_\_\_\_ erachtete die Rückkehr des Beschwerdeführers in die bisherige Tätigkeit im Sicherheitsbereich sowie in der Gastronomie als nicht mehr zumutbar. Seit Oktober 2012 sei er diesbezüglich vollständig arbeitsunfähig. In einer anderen Tätigkeit sei er ohne erfolgreiche psychiatrische Rehabilitation derzeit ebenfalls nicht arbeitsfähig. Nach Abschluss einer solchen könne möglicherweise eine 50%ige Berufsfähigkeit angenommen werden. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege vor, wobei die

Situation durch die schweren Panikattacken

erschwert würde. Die depressive Symptomatik sei nicht überwindbar (vgl. Stellungnahme vom 16. Juli 2014, Urk. 11/43 S. 1). 3.8

Am 30. August 2015 erstattete Dr. med. Dipl.-Psych. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/70). Dabei konnte er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 17): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.01/F33.11), im Verlauf unterschiedlichen Schweregrades (leicht- bis schwergradig) - chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung, derzeit subsyndromal ausgeprägt, in zeitlicher Hinsicht Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01), am ehesten im Rahmen einer Symptomverschiebung aus der posttraumatischen Belastungsstörung entstanden

Sodann erwähnte er akzentuierte (narzisstische) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17).

Anlässlich der Untersuchung hätten sich die Hauptsymptome einer Depression im Sinne einer ausgeprägten depressiven Stimmungslage, einer

Interesseminderung, einer Freudlosigkeit sowie eines Antriebsmangels gezeigt. Zudem seien eine verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit subjektiv als auch in leichter Form objektiv feststellbar gewesen. Es sei deutlich vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, ausgeprägte Insuffizienzgefühle, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven sowie Schlafstörungen seien ausgewiesen. Zudem lägen eine Interesseminderung, ein Verlust der Freude, eine mangelnde emotionale Reagibilität, ein frühmorgendliches Erwachen und morgendliches Stimmungstief sowie eine psychomotorische Unruhe vor. Es habe sich eine gedrückte, deutlich niedergestimmte, pessimistische, freudlose und ratlose

Grundstimmung gezeigt. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leicht vermindert. Der Antrieb sei deutlich vermindert. Mimik und Gestik seien wenig mit schwingend. Sodann sei über zirkadiane Besonderheiten im Sinne eines Morgentiefs berichtet worden. Es hätten sich eine Grübelneigung sowie eine deutliche Einengung auf ein Insuffizienzerleben gezeigt. Der Beschwerdeführer habe über paroxysmale Ängste, eine vermehrte Schreckhaftigkeit im Sinne eines Hyperarousal sowie eine innere Unruhe und erhöhte Impulsivität berichtet (S. 18 ff.).

Angesichts der im Verlauf beschriebenen, aktuell nicht mehr eruierbaren

Nachhalerinnerungen

sowie

der

Alpträume, der vermehrten Schreckhaftigkeit und der

Angstsymptome ergäbe sich aktuell keine syndromal ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung mehr. Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) sei zu bevorzugen. So seien eine ausgeprägte Reizbarkeit, eine Erschöpfung, eine Konzentrationsminderung sowie eine Stressempfindlichkeit und eine emotionale Instabilität beschrieben und dokumentiert worden (S. 20).

Ausserdem habe der Beschwerdeführer über spontan auftretende und nicht vorhersehbare, schwere Angstattacken berichtet. Er habe das häufige Auftreten von Palpitationen und Schweissausbrüchen, einer Mundtrockenheit, eines Beklemmungsgefühls und eines Schwindels, von Hitzewallungen sowie einer Angst, die Kontrolle zu verlieren, beschrieben. Die Kriterien einer Agoraphobie seien durch die Furcht vor Menschenmengen sowie ein entsprechendes Vermeidungsverhalten

ebenfalls erfüllt. Der Verlauf der Störung zeige mittlerweile eine deutliche Fixierung der Beschwerden im Sinne einer Chronifizierung der ängstlich-depressiven und impulsiven Symptomatik (S. 21).

Es ergäben sich keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation. Dem Beschwerdeführer würden entscheidende Ressourcen fehlen, um eine entsprechende Willensanstrengung zur Überwindung der Beschwerden leisten zu können. Aufgrund der Komorbidität der Störungen sei gegenwärtig in der bisherigen sowie einer vergleichbaren Verweistätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine halbtägige Tätigkeit in einem geschützten Rahmen im Sinne eines Arbeitstrainings oder einer Belastbarkeitserprobung sei therapeutisch sinnvoll und zumutbar. In die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer Tätigkeit seien keine invaliditätsfremden Faktoren miteingeflossen. Der mittlerweile mehrjährige Verlauf sowie die Komorbidität der Diagnosen sprächen für eine reservierte Prognose (S. 22 f f.). Die aktuell testierte Arbeitsunfähigkeit sei spätestens seit Oktober 2012 durchgehend ausgemittelt (S. 26). Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie sei adäquat. Allenfalls sei eine antidepressive Medikation

in Betracht zu ziehen, wobei die bisherigen diesbezüglichen Behandlungsversuche wenig erfolgreich gewesen seien und eine Verbesserung mit Hilfe medikamentöser Therapie angesichts der Prognose leitenden Diagnose der andauernden Persönlichkeitsveränderung weniger erfolgswahrscheinlich sei (S. 28). In mittel- bis langfristiger Hinsicht sei unter Fortsetzung der adäquaten Therapie

sowie nach Durchführung der arbeitsrehabilitativen Massnahmen von einer höheren Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen, dies in einem Zeitraum von etwa 12 Monaten (S. 28). 3.9

Dem Bericht

von Dr. D.\_\_\_\_ und Dipl.-Psych. H.\_\_\_\_

vom 16. Februar 2016 (Urk. 11/100; vgl. auch Verlaufsbericht vom 23. März 2016, Urk. 11/105) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1

Ziff. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Differentialdiagnose (DD): Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)

Die Prognose habe sich in den vergangenen drei Jahren seit Beginn der Behandlung deutlich verschlechtert. In Anbetracht der Anfang des Jahres 2013 noch intakten Ressourcen des Beschwerdeführers hätte bei geeigneten beruflichen Rehabilitationsmassnahmen durchaus noch die

Möglichkeit bestanden, die in den vergangenen zwölf Monaten erfolgte Entwicklung zu verhindern. Ge genwärtig liege aus medizinischer Sicht eine Invalidität vor. Die Wahrscheinlichkeit einer relevanten Veränderung des jetzigen Gesundheitszustandes und damit einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit werde derzeit als gering eingeschätzt (S. 3 Ziff. 7). Der Beschwerdeführer sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 14-15). Die Folgen der psychischen Traumatisierung seien mittlerweile chronifiziert . Die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeiten im Sicherheitsdienst und in der Gastronomie sei ausgeschlossen (S. 4 Ziff. 16). 3.1 0

Mit Stellungnahme vom 4. April 2016 kam med. pract . J.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zum Schluss, dass die durch Dr. I.\_\_\_\_ durchgeführten Tests auf eine leichte Depression hinweisen würden. Obwohl der objektive Befund ausschlaggebend sei , beschreibe Dr. I.\_\_\_\_ ausführlich das subjektive Empfinden . Sodann entspre che es dem häufigen Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung, dass die Beschwerden im Laufe der Zeit abnehmen würden. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. I.\_\_\_\_ nun eine andauernde Persönlichkeitsänderung diagnostiziere. Zur Diagnosestellung seien eine biografische Schilderung der vor traumatischen Persönlichkeit und ein Vergleich mit der jetzigen Persönlichkeit erforderlich . Dr. I.\_\_\_\_ verweise lediglich auf die subjektiv

beschriebenen Symptome, welche allerdings objektiv nicht beobachtbar gewesen seien . Es scheine sich um abklingende Restsymptome nach einer posttraumatischen Belastungsstörung zu handeln. Ausserdem könne nicht von einer gravierenden Agoraphobie ausgegangen werden. Den Weg zur Untersuchung habe der Beschwerdeführer problemlos bewältigen können und es seien keine Angstsymptome beobachtbar gewesen. Eine Bedarfsmedikation für einen Panikanfall werde nicht erwähnt. Die geschilderten Symptome würden zu den Angstsymptomen gehören , wobei Dr. I.\_\_\_\_ mehrere Kriterien gegen eine aktuelle Angststörung erörtere . Eine Panikstörung sei nicht ersichtlich. In diagnostischer Hinsicht lägen eine leichte depressive Störung, ein Status nach posttraumatischer Belastungsstörung , Restsymptome nach einer Agoraphobie sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vor. Aus diesen Diagnosen ergäbe sich aus objektiver Sicht keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 11/114 S. 4 ff.). 3.1 1

Am 9. Mai 2016 nahm Dr. D.\_\_\_\_ erneut Stellung ( Urk. 11/113). Dabei erachtete er die vom RAD getroffene Einschätzung, wonach die depressive Störung bei Aufbietung allen guten Willens überwindbar sei, aus medizinischer Sicht als nicht nachvollziehbar und ungerechtfertigt. Im Zentrum des Krankheitsbildes stehe nicht eine depressive Störung, sondern eine kombinierte Erkrankung mit mehreren komorbiden psychiatrischen Störungsbildern (S. 1). Eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung sei ausgewiesen. Die gutachterlich durch Dr. I.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) gebe den Sachverhalt zu treffend wieder. Die Veränderung der Persönlichkeitszüge sei gut dokumentiert. Die im Verlauf entwickelte zunehmend deutliche Angstsymptomatik müsse mittlerweile als eigenständige psychiatrische Erkrankung betrachtet werden (S. 3). 3.12

Dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2017 ( Urk. 20) lässt sich eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnehmen. Psychopathologisch stehe ein schweres depressives Syndrom im Vordergrund. Daneben bestünden weiterhin Symptome einer Traumafolgestörung . Ebenfalls träten anfallsartig Angst zustände auf. Der soziale Rückzug habe erheblich zugenommen (S. 1).

Die versicherungsmedicinische Situation des Beschwerdeführers sei nun in den Vordergrund gerückt (S. 2). Es liege mittlerweile eine krankheitsbedingte Invalidität vor. Aus psychiatrischer Sicht könne eine wesentliche Verbesserung des chronifizierten Krankheitsbildes auch unter günstigeren Umständen nicht mehr als wahrscheinlich angesehen werden (S. 3). 4. 4.1

Anhand der medizinischen Akten ist vorliegend

einzig

ein

psychisches Leiden des Beschwerdeführers

ausgewiesen. So sind keine bleibenden körperlichen Beschwerden hinsichtlich der im März 2007 erlittenen Schussverletzung ersichtlich. Eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit ist entsprechend nur für eine kurze Zeit dokumentiert, wobei Dr. B.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer ab dem 1. September 2007 bereits wieder als vollständig arbeitsfähig erachtete (vgl. Urk. 11/25/12-13; Urk. 11/25/18-19 S. 1 f.). Auch aufgrund der im August 2008 erfolgten AC-Gelenksstabilisierung/-Fesselung links bei schmerzhafter AC-Gelenksluxation Typ Tossy III ist keine Einschränkung erkennbar (vgl. Urk. 11/26/3; Urk. 11/26/8-9 S. 1 f.). Entsprechend machte der Beschwerdeführer anlässlich der Anmeldung zum Leistungsbezug denn auch einzig psychische

Beschwerden geltend und verneinte sowohl anlässlich der Begutachtung durch die Ärzte der G.\_\_\_\_

als auch derjenigen durch Dr. I.\_\_\_\_

das Vorliegen einer wesentlichen somatischen Erkrankung

(vgl. Urk. 11/3 S. 5 Ziff. 6.2; Urk. 11/19 S. 11; Urk. 11/70 S. 9). 4.2

Zur Beurteilung

des psychischen Leidens ist auf das ausführliche Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) abzustellen, welches die praxismässigen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt. So erstellte Dr. I.\_\_\_\_ das Gutachten in Kenntnis sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (vgl. Urk. 11/70 S. 2 ff., S. 26 f.) und berücksichtigte die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (vgl. Urk. 11/70 S. 10 ff.) in angemessener Weise. Das Gutachten trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand sowie Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet.

Die gestellten Diagnosen leitete Dr. I.\_\_\_\_ nach ausführlicher Befundaufnahme (vgl. Urk. 11/70 S. 13 f.) anhand der ICD-Kriterien sorgfältig her und setzte überdies mehrere Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente ein (vgl. Urk. 11/70 S. 14 f., S. 18 ff.). Auch die Einschränkungen in den für eine berufliche Tätigkeit relevanten Bereichen legte er eingehend dar (vgl. Urk. 11/70 S. 22 f.). Invaliditätsfremde Faktoren wie die subjektive Insuffizienzüberzeugung sowie das laufende versicherungsrechtliche Verfahren klammerte er bei der Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit aus.

Ferner

konnte er

keine Inkonsistenzen im Sinne einer Aggravation oder Simulation feststellen (vgl. Urk. 11/70 S. 22 f.).

Anhand des geschilderten Tagesablaufs zeigt e

sich sodann

ein im Vergleich zur Begutachtung durch die Ärzte der G.\_\_\_\_ vermehrt eingeschränktes Aktivitätsniveau. So schaue der Beschwerdeführer nachmittags fern und gehe zwei- bis dreimal pro Woche spazieren. Die Hausarbeiten erledige er zusammen mit der Freundin, wobei sie die Einkäufe tätige. Er sei fast immer zu Hause. Er habe keine Hobbies mehr, treibe keinen Sport mehr und gehe auch nicht mehr in Bars, Clubs oder Restaurants. In den Urlaub gehe er noch ein- bis zweimal im Jahr zur Familie in K.\_\_\_\_. Vom Kollegenkreis habe er sich weitgehend zurückgezogen. Kontakt habe er nur noch zur im selben Haushalt wohnhaften

Freundin (vgl. Urk. 11/70 S. 8 f.).

Die seit Jahren durchgeführte ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie erachtete Dr. I.\_\_\_\_ als adäquat und erwartete bei der im Vordergrund stehenden andauernden Persönlichkeitsänderung durch eine medikamentöse Therapie keine relevante Verbesserung der Behandlungsqualität. Schliesslich ging er von der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unter Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Therapie sowie nach Durchführung von

arbeitsrehabilitativen Massnahmen aus; dies in einem Zeitraum von etwa zwölf Monaten (vgl. Urk. 11/70 S. 24 f., S. 28). Die durch Dr. I.\_\_\_\_

aufgrund des mittlerweile mehrjährigen Verlaufs sowie der Komorbidität der diagnostizierten Störungen mit im Vordergrund stehender Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

derzeit attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt ist aufgrund des Gesagten nachvollziehbar und plausibel (vgl. Urk. 11/70 S. 23). 4.3

Die gutachterliche Beurteilung durch Dr. I.\_\_\_\_ stimmt überdies weitestgehend mit der Einschätzung der Gutachter der G.\_\_\_\_ sowie der behandelnden Ärzte

überein, dies insbesondere im Hinblick auf die vorgenommene Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Dabei fällt auf, dass diese zunächst unter Fortsetzung der Therapiemassnahmen noch eine schrittweise Stabilisierung sowie Symptomreduktion erwarteten und entsprechend von einer guten Prognose ausgingen. Gute psychische Ressourcen des Beschwerdeführers wurden eben falls erkannt und rehabilitative berufliche Massnahmen respektive ein Arbeitsversuch

als sinnvoll erachtet. Auch der anlässlich der Begutachtung durch die Ärzte der G.\_\_\_\_ geschilderte Tagesablauf wies noch auf zahlreiche Aktivitäten des Beschwerdeführers hin, wonach er unter anderem

alle zwei Wochen, manchmal einmal pro Woche mit der Partnerin in den Ausgang gehe. Dies im Gegensatz zur nun durch Dr. I.\_\_\_\_ beschriebenen Tagesgestaltung (vgl.

Urk. 11/1 S. 3 Ziff. 4.7 ; Urk. 11/19 S. 10 f. , S. 21 f. ; Urk. 11/42 S. 1 ff. ; Urk. 11/70 S. 8 f. ). In der Folge berichteten allerdings Dr. D.\_\_\_\_ und Dipl.-P sych. H.\_\_\_\_ von ei ner deutlichen Verschlechter ung und vertraten die Ansicht, dass aufgrund der Anfang des Jahres 2013 noch intakten Ressourc en die nun eingetretene Chroni fizierung der Symptomatik bei Durchführung der damals empfohlenen Rehabi litationsmassnahmen durchaus hätte verhindert werden können

(vgl. Urk. 11/100 S. 3 ; Urk. 11/105 S. 1 f. ; Urk. 11/113 S. 1 ). Auch Dr. I.\_\_\_\_

ging aufgrund des mittlerweile mehrjährigen Verlaufs und der Komorbidität der di agnostizierten Störungen von einer reservierten Prognose aus (vgl. Urk. 11/70 S. 23 ). 4.4

Die durch RAD-Arzt med. pract . J.\_\_\_\_ vorgenommene reine Aktenbeurteilung (vgl. Urk. 11/114 S. 4 ff. ) , welche im Widerspruch zu beide n psychiatrische n Gutachten und zur Einschätzun g der behandelnden Ä rzte

steht , überzeugt dem gegenüber nicht. Soweit med. pract . J.\_\_\_\_ lediglich von einer leichten Depres sion ausging und insbesondere erwähnt e , dass Dr. I.\_\_\_\_

vor allem die sub jektive Sicht des Beschwerdeführers beschreibe, so werden zwar die subjektiven Empfinden bei der Befunderhebung erwähnt, gleichwohl w erden allerdings auch die objektiven Beobachtung en geschildert . So war etwa – entgegen der Ansicht von RAD-Arzt med. pract . J.\_\_\_\_ - e ine verminderte Konzentration und Auf merksamkeit auch objektiv in leichter Form feststellbar (vgl. Urk. 11/70 S. 13 f., S. 19 f.). Gewisse Symptome einer affektiven Störung können zudem anlässlich einer Begutachtung nicht objektiv festgestellt werden, weshalb sich die begut achtende Person hierfür auf die geschilderten Angaben zu verlassen hat. Soweit med. pract . J.\_\_\_\_ zudem bemerkte, dass die beiden durchgeführten Tests ledig lich auf eine leichte Depression hinweisen würden, ist festzuhalten, dass

es sich bei d er Testdiagnostik lediglich um ein zusätzliche s Instrument handelt , woge gen ausschlaggebend der erhobene klinische Befund ist (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_486/2010 vom 2. Dezember 2010 E. 3.1.2 und 8C\_695/2009 vom 17. Dezember 2009 E. 3.2.2). Ausserdem diagnostizierte Dr. I.\_\_\_\_ selbst lediglich eine gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode der rezidivierenden depressiven Störung . Entscheidend bei der vorliegenden Beurteilung ist gemäss Dr. I.\_\_\_\_

allerdings nicht die affektive Störung, sondern die Komorbidität der festgestellten Störungen mit der im Vordergrund stehenden andauernden

Per sönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (vgl. Urk. 11/70 S. 23 f. ). Diese Komorbidität e rwähnten auch die behandelnden Ä rzte und wiesen ebenfalls darauf hin, dass nicht die depressive Störung im Zentrum des Krankheitsbildes stehe (vgl. Urk. 11/113 S. 1 ).

Aus dem häufigen Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung, wonach die Beschwerden im Laufe der Zeit abnehmen würden, kann sodann nicht ge schlossen werden, dass es sich vorliegend wahrscheinlich um abklingende Restsymptome nach einer posttraumatischen Belastungsstörung handle. Zwar geht auch die Rechtsprechung davon aus, dass in der Mehrzahl der Fälle eine Heilung erwartet werden kann und progrediente Entwicklungen dem zu erwar tenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen widersprechen. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre allerdings einen chroni schen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über (vgl.

Urteile des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.1 und 9C\_687/2013 v om 2 4. Juni 2014 E. 4.2 ; vgl. auch die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour /Schmidt, Hrsg., 9. Auflage, Bern 2014, S. 207 f., S. 286 ). Dieser chronische Verlauf wird durch

Dr. I.\_\_\_\_ und den behandelnden Psychiater Dr. D.\_\_\_\_

eingehend beschrieben (vgl. etwa Urk. 11/70 S. 20

f f., S. 23, S. 25; Urk. 11/100 S. 1 ff. ; Urk. 11/105 S. 1 f.; Urk. 11/113 S. 3 ).

Schliesslich widerspricht der Umstand, dass der Beschwerdeführer den Weg zur Untersuchung problemlos bewältigen konnte, keineswegs der festgestellten Agoraphobie . Der Beschwerdeführer gab ausdrücklich an, dass er sich bei Menschenansammlungen unwohl fühle und solche Situationen entsprechend vermeide (vgl. Urk. 11/70 S. 9).

Dem Gutachten kann nicht entnommen werden, ob er beispielsweise mit dem Auto zur Begutachtung gelangte. Ausserdem beschrieb er das immer wieder spontane und unvorhersehbare Auftreten von Palpitationen , Schweissausbrüchen, Mundtrockenheit, Beklemmungsgefühlen , Schwindel, Hitzewallungen sowie einer Angst, die Kontrolle zu verlieren (vgl. Urk. 11/70 S. 11, S. 21). Aus dem Umstand, dass er deswegen letztmals im Jahr 2013 im Spital gewesen sei und anlässlich der Begutachtung keine Angstsymptome beobachtbar gewesen seien, kann nicht geschlossen werden, dass lediglich noch Restsymptome nach Agoraphobie vorlägen. Auch die behandelnden Psychiater beschrieben eindrücklich eine Agoraphobie mit im Verlauf zunehmend deutlicher Angstsymptomatik (vgl. Urk. 11/100 S. 1 f.; Urk. 11/105 S. 2 ; Urk. 11/113 S. 3 f. ). 4.5

Nach dem Gesagten ist der Beschwerdeführer mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit insbesondere gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_

aufgrund des derzeit invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens seit spätestens Oktober 2012 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. 5. 5.1

Der Beschwerdeführer ist unbestrittenermassen als zu 100 %

Selbständigerwerbender zu qualifizieren. Somit wäre grundsätzlich ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. Ein solcher erübrigt sich vorliegend allerdings, da bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten der Invaliditätsgrad 100 % beträgt, womit dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der Invalidenversicherung zusteht. Zu prüfen bleibt der Beginn des Rentenanspruchs. 5.2

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Angesichts der Anmeldung vom 8. April 2013 ( Urk. 11/3), welche am 2. April 2013 bei der Beschwerdegegnerin eingegangen war (vgl. Aktenverzeichnis zu Urk.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

## **E. 6.2**

Mit Honorarnote vom 14. März 2017 ( Urk. 22) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von 17 Stunden sowie eine Spesenpauschale von 3 %

und somit eine Entschädigung von insgesamt Fr. 4'160.38 (inkl. Barauslagen und MWSt ) geltend, was mit Blick auf ähnliche Verfahren und unter Berücksichtigung der Schwierigkeit des Prozesses, der Bedeutung der Streitsache und dem Mass des Obsiegens (vgl. Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) nicht mehr angemessen erscheint. Angesichts der zu studierenden gut 120 Aktenstücke, der sechzehnseitigen Beschwerdeschrift sowie des zusätzlichen Aufwandes - insbesondere im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung - erscheint in Anwendung des gerichts üblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich MWSt ) und mit Blick auf vergleichbare komplexe Verfahren eine Prozessentschädigung von Fr. 3'700.-- als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. Mai 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- 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 Dr. Peter Stadler, Zürich,

eine Prozessentschädigung von Fr. 3'700 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 11**

S. 1), würde ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem 1. Oktober 2013 bestehen.

In Bezug auf das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorstehend E. 1.2) ist vorliegend eine medizinisch attestierte Arbeitsunfähigkeit ab dem 30. Oktober 2012 ausgewiesen, wobei der Beschwerdeführer seither ohne Unterbruch ( Art. 29 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) als zu 100 % arbeitsunfähig gilt (vgl. Urk. 11/1 S. 2 Ziff. 3; Urk. 11/10/5- 8; Urk. 11/13/5- 8 S. 3 Ziff. 1.6; Urk. 11/19 S. 19 ff. ; Urk. 11/43 S. 1; Urk. 11/70 S. 26 ; Urk. 11/100 S. 4 Ziff. 14-15; Urk. 11/105 S. 1 f. ). Das Wartejahr ist dem nach am 30. Oktober 2013 abgelaufen. 5.3

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2013 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

Mit dieser Feststellung und in Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung somit aufzuheben. 6.

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