

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00444 vom 1. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00444](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00444)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00444 du 1 mars 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00444 del 1 marzo 2020

## Erwägungen

### E. 1

Der 1963 geborene X.\_\_\_\_ war vom 4. Oktober 2010 bis 30. April 2012 als Lagermitarbeiter bei der Y.\_\_\_\_ AG in einem Teilzeit-Pensum tätig, wobei der letzte effektive Arbeitstag der 28. November 2011 war (Urk. 7 /35). Am 28. November 2011 stürzte er beim Bahnverlad zwischen Rampe und Bahnwagen und erlitt dabei eine Kontusion des linken Kniees (Urk. 7 /33 S. 129 und S. 121). Für die Folgen dieses Unfalls erbrachte die Suva die gesetzlichen Leistungen. Am 29. Oktober 2012 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Knieschmerzen links, Handschmerzen rechts, Depression, Angst und Unruhe bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7 /18). Die IV-Stelle tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen, zog die Akten der Suva bei und veranlasste eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung (Psychiatrie/Orthopädie/Innere Medizin) bei der Begutachtungsstelle Z.\_\_\_\_. Das Gutachten wurde am 24. Dezember 2013 erstattet (Urk. 7 /62). Am 17. Februar 2014 erfolgte eine Haushaltsabklärung (Urk. 7 /74). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte die IV Stelle mit Verfügung vom 13. Juni 2016 einen Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 7 /97 = Urk. 2). Die dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten wurde mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 1. November 2017 in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde (Urk. 7/105). In der Folge tätigte die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen und ordnete eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, an. Der Versicherte wurde zunächst am 10. Oktober 2018 und

infolge Verständigungsschwierigkeiten am 11. Oktober 2018 unter Beizug einer Dolmetscherin untersucht.

Das Gutachten wurde am 12. Oktober 2018 erstattet (Urk. 7/119).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 22. Mai 2019 eine Dreiviertelsrente ab 1. Oktober 2014 zu (Urk. 7/148, Urk. 7/150 und Urk. 7/137).

### 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. 1.2.1**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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 an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 1.4**

Bei einer hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätigen versicherten Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art.

27 IVV bemisst sich die Invalidität rechtsprechungsgemäss nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs oder einer Untervariante (Schätzungs- oder Prozentvergleich, ausserordentliches Bemessungsverfahren) davon. Dabei ist das Valideneinkommen nach Massgabe der ohne Gesundheitsschaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen, wobei entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum, um mehr Freizeit zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Dabei kann das – ärztlich festzulegende – Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (BGE 131 V 51 E. 5.1.2; wiedergegeben in BGE 142 V 290 E. 5).

In Präzisierung dieser Rechtsprechung hat das Bundesgericht in BGE 142 V 290 entschieden, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode zu ermittelnde Einschränkung im (allein versicherten) erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist (E. 7.3).

### **E. 1.5**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 1.6**

Die Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG gilt in jenem Zeitpunkt als eröffnet, in welchem eine deutliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Als erheblich in diesem Sinne gilt bereits eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (AHI 1998 S. 124 E. 3c; Urteil des Bundesgerichts I 10/05 vom 14. Juni 2005 E. 2.1.1 in fine mit Hinweisen). Unter relevanter Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bestimmung ist eine Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zu verstehen. Das heisst, es muss arbeitsrechtlich in Erscheinung treten, dass die versicherte Person an Leistungsvermögen eingebüsst hat, so etwa durch einen Abfall der Leistungen mit entsprechender Feststellung oder gar Ermahnung des Arbeitgebers oder durch gehäufte, aus dem Rahmen fallende gesundheitlich bedingte Arbeitsausfälle. Mit anderen Worten: Die Leistungseinbusse muss in aller Regel dem seinerzeitigen Arbeitgeber aufgefallen sein. Eine erst nach Jahren rückwirkend festgelegte medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit genügt nicht. Umgekehrt ist eine in der beruflichen Tätigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person tatsächlich nur reduziert erbrachte Leistung für sich allein gesehen in aller Regel ebenso wenig ausreichend für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes. Vielmehr bedarf es dazu regelmässig zusätzlich einer (überzeugenden) medizinischen Einschätzung, die ordentlicherweise echtzeitlicher Natur ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit muss mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Dieser Nachweis darf nicht durch nachträgliche erwerbliche oder medizinische Annahmen und spekulative Überlegungen ersetzt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_204/2012 vom 19. Juli 2012 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 1.7**

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).

### **E. 1.8**

). Es beruht auf einer fachärztlichen Untersuchung durch den Gutachter unter Beizug einer Dolmetscherin und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der

medizinischen Zusammenhänge und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und begründet. 4.2

Die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ ist angesichts der erhobenen Befunde sowie der im Rahmen des Mini-ICF-Ratings für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen ( Mini-ICF-APP) festgestellten Einschränkungen einleuchtend und plausibel.

Der Gutachter gelangt zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer von einer anhaltenden schweren psychischen Störung auszugehen sei, die verschiedene Lebensbereiche erheblich beeinträchtigt und bisher kaum durch therapeutische Massnahmen zu verbessern gewesen sei. Es sei nicht davon auszugehen, dass es in Zukunft zu einer wesentlichen Besserung des Zustandes komme.

Die Einschränkungen wirkten sich auf die gesamte Lebenssituation aus, es sei nicht nur das Arbeitsleben

betroffen. Der Beschwerdeführer verfüge, abgesehen von der familiären Unterstützung, kaum über Ressourcen. Es seien keine wesentlichen Inkonsistenzen festzustellen und es sei davon auszugehen, dass er die verordneten Medikamente regelmässig einnehme. Der Gutachter weist zudem auf die einfache Struktur und die geringen Kompensationsmechanismen des Beschwerdeführers und die damit einhergehende Überforderung in der Bewältigung negativer Entwicklungen

hin. Der geringe Ausbildungsstand und das schlechte Verstehen der deutschen Sprache seien diesbezüglich sicher nicht förderlich gewesen, stellen aber nicht die Ursache des Geschehens dar (vgl. vorne E. 3.2).

Das Gutachten genügt den normativen Vorgaben von BGE 141 V 28 1. So beurteilt der Gutachter den Schweregrad des Leidens und

äussert sich zum Behandlungserfolg. Er trägt

den Ressourcen sowie den lebensgeschichtlich bedingten Belastungsfaktoren Rechnung. Er bejaht sodann ein konsistentes Verhalten im Erwerbsbereich und in anderen Lebensbereichen. Mit Blick darauf ergibt sich gesamthaft, dass sowohl eine gesundheitliche Beeinträchtigung von erheblichem Schweregrad als auch deren funktionelle Auswirkungen in erwerblicher Sicht objektiv kohärent und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sind. Mithin kann der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit gefolgt werden ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_157/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 5.1). Diese wurde denn auch von den Parteien nicht bestritten. 4.3

Gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig ist. Somit entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit.

Da der Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens teilerwerbstätig in einem Pensum von 67 % ohne Aufgabenbereich war und hypothetisch im Gesundheitsfall weiterhin wäre, ist der ermittelte Invaliditätsgrad proportional im Umfang des der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit entsprechenden Pensums zu gewichten (vgl. vorne E. 1.4). Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad von 67 % erweist sich somit als zutreffend und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht beanstandet. Bei einem

Invaliditätsgrad von 67 % hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung. 5 .

### 5.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht erst ab dem 1. Oktober 2014 bejaht hat. 5.2

Für die Entstehung des Rentenanspruches setzt Art. 28 Abs. 1 IVG zusätzlich zur (noch) fehlenden Eingliederungsfähigkeit (lit. a) voraus, dass während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine mindestens 40% - ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat ( lit. b) und nach Ablauf des Wartejahrs

eine Invalidität von mindestens 40 %

besteht ( lit. c) . Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. 5.3

Zur Beurteilung, ob das Wartejahr erfüllt ist, sind

– soweit vorhanden - zeitliche medizinische Berichte heranzuziehen ( vgl. vorne E. 1 .6).

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, attestierte in seinem Bericht vom 24. Januar 2013 zuhanden der IV-Stelle eine 100% - ige Arbeitsunfähigkeit durchgehend und seit 29. November 2011 (Urk. 7/43). Der behandelnde Psychiater, Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, bestätigte in seinem Bericht vom 10. Juni 2012 eine Arbeitsunfähigkeit seit November 2011 (Urk. 7/29 S. 25). Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ging in seinem Bericht vom 17. November 2012 zuhanden der Allianz Versicherungs-Gesellschaft betreffend die Untersuchung vom 29. Oktober 2012 (versicherungsmedizinisches psychiatrisches Konsilium) davon aus, dass der Beschwerdeführer angesichts des erhobenen Befundes vorläufig weiterhin arbeitsunfähig sei (Urk. 7/37 S. 8). Der Beschwerdeführer war vom 14. November 2012 bis zum 13. Februar 2013 in der psychiatrischen Klinik C.\_\_\_\_ hospitalisiert. In deren Bericht vom 30. April 2013 zuhanden der IV-Stelle wurde für den Zeitraum der Hospitalisation eine 100% - ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Bei Austritt sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen. Der weitere Verlauf müsse durch die Nachbehandler beurteilt werden (Urk. 7/49).

Im polydisziplinären Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2013 wurde ausgeführt, aufgrund der Schwere und Ausprägung der psychiatrischen Symptomatik bestehe eine unzureichend behandelte schwere depressive Episode, in der somatische Symptome wahnhaft anmutend erlebt würden. In der aktuell ungenügend behandelten Erkrankungssituation bestehe eine 100% - ige Arbeitsunfähigkeit. Es müsse davon ausgegangen werden, dass sich die Depression nach dem Unfallereignis 2011 schleichend entwickelt habe. Ab welchem Zeitpunkt eine schwere depressive Symptomatik vorgelegen habe, könne retrospektiv nicht beurteilt werden. Der Beginn der 100% - igen Arbeitsunfähigkeit sei somit auf das Datum des IV-Antrages zurückzudatieren (Urk. 7/62 S. 31 ff.) . Aus orthopädischer Sicht habe

seit dem Unfallereignis eine 100% - ige Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit der Notwendigkeit auf unebenem Gelände, Treppen, Leitern laufen zu müssen sowie in Zwangssituationen vornübergebeugt arbeiten zu müssen, Lasten

über 5 kg tragen zu müssen oder Arbeiten in und über der Horizontalen ausüben zu müssen , bestanden . Für körperliche schwere und mittelschwere Arbeiten – und damit für die angestammte Tätigkeit als Lagermitarbeiter – sei und bleibe der Beschwerdeführer unabhängig von der psychischen Entwicklung zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/62 S. 31).

Somit bestand im bisherigen Beruf auch in somatischer Hinsicht eine relevante Arbeitsunfähigkeit .

Es liegen keine Anhaltspunkte vor, welche diese Beurteilungen in Frage stellen würden .

Der Beschwerdeführer ist seit dem Unfallereignis vom 28. November 2011 in seiner angestammten Tätigkeit durchgehend arbeitsunfähig. Da die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG der Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf entspricht ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_174/2013 vom 21.

Oktober 2013 E.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 22. Mai 2019 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 17. Juni 2019 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufgehoben und es sei ihm ab Dezember 2012 eine Rente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. August 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 3. Oktober 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 13).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, bis zur Begutachtung vom Oktober 2013 habe ein psychiatrisches Krankheitsgeschehen vorgelegen, welches unzureichend behandelt worden sei. Erst mit der erneuten Begutachtung vom Oktober 2018 sei festgestellt worden, dass auch nach einer Intensivierung der Behandlung keine höhere Arbeitsfähigkeit erreicht werden können und rückblickend ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vom Oktober 2013 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse. Damit sei der Beginn der Wartezeit auf Oktober 2013 festzulegen (Urk. 2) .

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, die 100 %- ige Arbeitsunfähigkeit sei seit dem Unfalltag im November 2011 ausgewiesen. Der Gutachter Dr. A. \_\_\_ habe die Arbeitsfähigkeit vor Oktober 2013 nicht beurteilt (Urk. 1). 3.

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

) und unerheblich ist, auf welche gesundheitlich bedingten Ursachen die Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen ist ( Rz . 2009 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV, KSIH, gültig ab 1. Januar 2015 , Stand 1. Januar 2018) , war das vorausgesetzte Wartejahr am 28. November 2012 erfüllt. 5.4

Gestützt auf die Aktenlage ist sodann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens seit dem 29. Oktober 2012 (Untersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_) und somit auch bei Ablauf des Wartjahres am 28. November 2012 aufgrund seiner psychischen Störung für sämtliche Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig war und die rentenspezifische Invalidität (vgl. Art. 4 Abs. 2 IVG) eingetreten ist. Da der Beschwerdeführer an einer invalidisierenden psychischen Störung leidet, ist entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2) für die Entstehung des Rentenanspruches nicht relevant, ob das Krankheitsgeschehen zunächst unzureichend behandelt wurde. Nach der mit BGE 143 V 409 geänderten Rechtsprechung steht nunmehr auch bei Störungen aus dem depressiven Formenkreis die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht (mehr) entgegen (BGE 143 V 409 E. 4.4). Dies gilt auch angesichts der in Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG aufgestellten (negativen) Anspruchsvoraussetzung der fehlenden Eingliederungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2019 vom 7. November 2019 E. 4.3.1; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich 2014, Art. 28 Rz. 16). Soweit der Beschwerdeführer

früher die ihm zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten nicht wahrgenommen hat und damit seiner Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) nicht nachgekommen ist, wäre er vor einer Leistungsverweigerung zunächst gestützt auf Art. 7b Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 21 Abs. 4 ATSG zu den erforderlichen Therapien zu verpflichten gewesen.

## 5.5

Der Beschwerdeführer hat sich am 29. Oktober 2012 zum Leistungsbezug angemeldet. Der Rentenanspruch ist nach Ablauf der sechsmonatigen Karenzfrist demnach am 29. April 2013 entstanden (Art. 29 Abs. 1 IVG), wobei die Rente gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG ab dem 1. April 2013 auszurichten ist. 5.6

Nach dem Gesagten

hat

der Beschwerdeführer ab 1. April 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 6.

## E. 3.2

Dr. A.\_\_\_\_ nannte in seinem Gutachten vom 12. Oktober 2018 (Urk. 7/119) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD 10 F 33.3) und eine Panikstörung (ICD 10 F 41.0). Er führte aus, im aktuellen Befund seien verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, Störung des Gedächtnisses, vermindertes Selbstwertgefühl, Gefühle von Wertlosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, stark gedrückte Stimmung, weitgehend aufgehobene affektive Schwingungsfähigkeit, eingeengtes und verarmtes Denken, eine fixiert wirkende, kaum zu verändernde Krankheitsvorstellung, Grübeln und abdriften aus dem Gesprächszusammenhang, Wahnstimmung und Verhaltensauffälligkeiten feststellbar. Beschrieben würden Suizidgedanken, Schlafstörungen, Verlust von Interessen und Freuden, Antriebsminderung, Verlust eines Tagesablaufs, Libidoverlust, sozialer Rückzug, Panikattacken, Ängste, paranoide

Vorstellungen, Schwindel und Schmerzen in mehreren Körperbereichen. Dies entsprechen den Kriterien einer schweren depressiven Störung nach ICD 10. Unter Einbezug der fremdanamnestic Daten und der Angaben in der Akte sei von den oben genannten Störungen auszugehen. Ergänzt würden hier die Angaben zum (prä)psychotischen Erleben mit Stimmenhören oder zumindest Gedankenlautwerden, was der Beschwerdeführer in der Exploration nicht geschildert habe. Ebenso habe er nur einen Teil der Angstproblematik geschildert, was (der behandelnde Psychologe) Dr. D. \_\_\_ weiter ausgeführt habe. Dies führe neben der festgestellten Wahnstimmung und der Fixierung des Selbst- und Krankheitserlebens zur zusätzlichen Feststellung «mit psychotischen Symptomen» und zur eigenständigen Diagnose einer Panikstörung. Differentialdiagnostisch seien mehrere Erkrankungen zu erwägen. Zum einen sei zu bedenken, dass die (prä)psychotischen Inhalte teils zu einem depressiven Wahn passten (Unveränderbarkeit der Situation, Wertlosigkeit, starre Fixierung der Vorstellungen), die paranoiden Themen und das Stimmenhören bzw. Gedankenlautwerden liessen an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis denken, sodass hier ein schizoaffektives Bild nicht ausgeschlossen werden könne. Weiter sei die Schmerzproblematik zu berücksichtigen. An eine Störung aus dem Bereich der Somatisierungsstörungen sei zu denken, welche in der Vergangenheit wiederholt angenommen und diagnostiziert worden sei. Zudem sei die allseits geschilderte Veränderung mit dem Unfallgeschehen bzw. die Entwicklung in den folgenden Monaten und Jahren auffällig. Es gebe gewissermassen «ein Vorher und ein Nachher». Die Kriterien einer andauernden Persönlichkeitsänderung seien hier erfüllt, doch lasse sich das Unfallgeschehen nicht eindeutig als klar psychisch traumatisierend abgrenzen, eher das Erleben der schlechten Behandelbarkeit. Auch habe sich die psychische Symptomatik nie weitgehend zurückgebildet und sich die Veränderung als Folge etabliert. Dennoch entspreche die festgestellte Symptomkonstellation in vielem den Kriterien der Störung F 62.1 (Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit). Gesamthaft könnten die beschriebenen Symptombereiche jedoch durch eine schwere depressive chronifizierte Entwicklung erklärt und erfasst werden und aus den differentialdiagnostischen Erwägungen entstünden keine wesentlichen anderen therapeutischen Optionen und sozialversicherungsrechtlichen Folgen.

Es sei von einer schweren anhaltenden psychischen Störung auszugehen, die verschiedene Lebensbereiche erheblich beeinträchtigt und bisher kaum durch therapeutische Massnahmen zu verbessern gewesen sei.

Mit dem Arbeitsunfall 2011 als Lagermitarbeiter habe sich ein chronisches Schmerzsyndrom und in der Folge eine zunehmende Entwicklung mit psychischen Auffälligkeiten entwickelt. Die Situation sei erschwert worden durch die ausbleibende Besserung der körperlichen Situation, das Nicht-Erfüllen seiner Hoffnung auf einen festen Arbeitsplatz als Lagermitarbeiter, das erlebte Fehlen der Arbeitsfähigkeit und die erlebte Verhinderung, weiterhin viel Sport zu treiben und die in der Folge der Erkrankung stattgefundenen Trennung von seiner Freundin, mit der die Heirat geplant gewesen sei. Vor dem Unfall 2011 sei die Lebensentwicklung als weitgehend unbeeinträchtigt beschrieben worden, insbesondere psychische Erkrankungen habe es nicht gegeben und somatische Erkrankungen hätten bewältigt werden können. In der Folge sei es ab spätestens 2012 zu diversen ambulanten, teilstationären und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen gekommen mit unterschiedlicher und teils ausgebaute Medikation. Nach Angaben des Beschwerdeführers, der Behandler und der Akten Daten sei es bis 2013 neben

einem Schmerzsyndrom zur Entwicklung eines vorwiegend depressiven, teils wahnhaften, weitgehend fixierten Bildes verbunden mit erheblichen Ängsten und Panikattacken gekommen. Dieses Bild erscheine nach den heute vorliegenden Daten im Wesentlichen unverändert, abgesehen von Schwankungen mit teils krisenhaften Verschlechterungen und phasenweise leichten Verbesserungen bzw. Stabilisierungen. Verstanden werden könne das Bild aus heutiger Sicht als eine Entwicklung, in der der Beschwerdeführer aufgrund seiner einfachen Struktur und geringen Kompensationsmechanismen dem Unfallgeschehen psychisch nicht viel entgegenzusetzen gehabt habe. Insgesamt scheine eine Neigung dazu zu bestehen, schwierige konflikthafte Dinge zu verdrängen oder zu vergessen. Durch das Unfallgeschehen und seine Folgen sei er über längere Zeit, jedenfalls viel länger als er erwartet habe, seiner Mechanismen Sport und Arbeit beraubt worden, was mit seinem Selbstbild nicht mehr vereinbar gewesen sei. In der Reaktion habe er sich eingeschränkt und unflexibel gezeigt und jede weitere negative Entwicklung wie die Trennung der Freundin habe zu weiteren Kränkungen und Überforderungen in der Bewältigung geführt. Ein geringerer Ausbildungsstand und schlechtes Verstehen der deutschen Sprache seien diesbezüglich sicher nicht förderlich gewesen, stellten aber nicht die Ursache des Geschehens dar. Sein Schmerzerleben und seine immer wieder als übertrieben beschriebene Schmerz- und Symptomäusserung seien aus heutiger Sicht am ehesten als Gesten grosser Hilflosigkeit und Angst zu verstehen. In der Folge habe sich das Bild mit sozialem Rückzug, Verlust des Tagesrhythmus und zunehmend depressiver, sozial-ängstlicher bis paranoider Vorstellungen und einem fixierten inneren Krankheits- und Selbstbild chronifiziert.

Wie beschrieben habe es diverse Behandlungsversuche in unterschiedlichen Settings und mit unterschiedlichen Therapieansätzen gegeben. Mit Blick auf Anamnese und Akten Daten sei leider festzustellen, dass sich über die Jahre ein weitgehend fixiertes vorwiegend depressives Bild entwickelt habe, das bisher nicht wesentlich günstig zu beeinflussen gewesen sei. Bestenfalls habe sich eine gewisse Stabilisierung erreichen lassen. Vor diesem Hintergrund sei nicht davon auszugehen, dass es in Zukunft zu einer wesentlichen Besserung des Zustandes komme.

In der aktuellen Befunderhebung seien keine wesentlichen Inkonsistenzen festzustellen gewesen. Ein leichte Überzeichnung vorwiegend körperlicher Symptome sei vorhanden gewesen, was der Untersuchungssituation und der speziellen Bedeutung unversehrter Körperlichkeit des Exploranden geschuldet sein möge. Die beobachteten und beschriebenen Einschränkungen wirkten sich auf die gesamte Lebenssituation, Freizeit und Hobbies, Tagesstruktur, Sozialkontakte, Reisefähigkeit und die für den Beschwerdeführer extrem wichtige sportliche Aktivität aus. Es sei nicht nur das Arbeitsgeschehen betroffen.

Leider verfüge der Beschwerdeführer, wie bereits von Therapeuten und im Gutachten von Dr. B. \_\_\_ ausgeführt, neben seiner sportlichen Seite über wenige Ressourcen. Grundsätzlich scheine er arbeitswillig zu sein und verfüge trotz aller Aussichtslosigkeit doch noch über einen Rest an Hoffnung, indem er sich Heilung und Besserung wünsche, auch wenn dies mit einer unrealistischen Vorstellung verbunden sei. Er besitze unverändert familiäre Unterstützung.

In der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiter und in angepasster Tätigkeit sei er unverändert (seit 2013) aufgrund der oben genannten Diagnosen zu 100 % nicht arbeitsfähig.

Aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht sei es bei diesem komplexen Fall bei den genannten Diagnosen und diskutierten Erwägungen und angesichts der sprachlichen Problematik (Notwendigkeit der Übersetzung) nicht zielführend, Tests und/oder standardisierte Frageverfahren zur Beurteilung einer möglichen Aggravation heranzuziehen. Deren Aussagefähigkeit und Validität erscheine angesichts eines Beobachtungszeitraums ab 2011 (und teils vorher) mit zwei langjährigen Therapeuten und mehreren teilstationären und stationären und teils über Wochen erfolgten Beobachtungszeiträumen minim. Die Angaben der ambulanten Therapeuten sowie in den Berichten der behandelnden Kliniken stimmten in wesentlichen Punkten überein. Dass Patienten in Begutachtungssituationen ihre Beschwerden (über)betonten, sei zu erwarten. Dass der Beschwerdeführer im Einzelnen unklare, vielleicht auch widersprüchliche Angaben gemacht habe und immer wieder auffälliges Verhalten gezeigt habe, könne in Zusammenhang mit seiner Persönlichkeit und dem Erkrankungsweg verstanden werden und trete angesichts der über Jahre konstanten und konsistenten fachärztlichen Beschreibungen seiner Symptome in den Hintergrund. Dass gestellte Diagnosen teils nicht vollständig übereinstimmten, sich manche Schilderungen unterschieden und manche Beurteilungen unterschiedlich ausgefallen seien, liege unter anderem in der Tatsache begründet, dass Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen und –veränderungen sich zu einem guten Teil syndromatisch überlappten und je nach therapeutischer Herkunft, Setting, klinischem Alltag und Dynamik im Krankheitsgeschehen unterschiedlich interpretiert werden könnten. So sei nicht aus jedem Unterschied eine Besserung des Krankheitsgeschehens oder eine Inkonsistenz herauszulesen und daraus die Richtigkeit der Angaben aller behandelnden Therapeuten zu bezweifeln.

Gesamthaft sei davon auszugehen, dass es seit der Begutachtung im Oktober 2013 zu keiner entscheidenden längerdauernden Besserung des Zustandes gekommen sei und somit für den gesamten Zeitraum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter wie angepasster Arbeitstätigkeit anzunehmen sei.

Nach Auskunft des behandelnden Psychiaters habe es nie Anlass zu Zweifeln bezüglich der Einnahme der Medikation gegeben. Zudem sei wiederholt eine Spiegelkontrolle (Olanzapin und Duloxetin) gemacht worden. Die verordneten Medikamente seien nachweisbar gewesen, in der Regel im therapeutischen Bereich. Die letzte Kontrolle habe im Mai 2018 stattgefunden. Von diesen Aussagen ausgehend sei von einer regelmässigen und richtigen Einnahme der verordneten Medikation auszugehen. Entsprechende Angaben habe auch der Hausarzt, Dr. E.\_\_\_\_, gemacht. In den Spiegelkontrollen seien die Psychopharmaka nachweisbar gewesen. Bei der letzten Kontrolle vom 8. Oktober 2018 sei Duloxetin, Trazadon und Olanzapin nachgewiesen worden, dabei habe sich der Duloxetinspiegel im therapeutischen Bereich, Trazadon darüber und Olanzapin darunter befunden. Letzteres lasse sich ohne weiteres durch die Dosierung erklären. Mit 5 mg/d sei in der Regel kein ausreichender Spiegel zu erreichen. Hier sei festzuhalten, dass das Ergebnis mit der Verordnung übereinstimme. Insgesamt gebe es keinen Anlass, die Angaben des Beschwerdeführers und seiner Behandler zu bezweifeln und es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die verordneten Medikamente regelmässig einnehme

(Urk. 7/119 S. 16 ff.) . 4. 4.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ erfüllt die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. vorne

E.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer stellte ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Vorliegend sind die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt (vgl. Urk. 3/7 und Urk. 15 ), weshalb dem Gesuch des Beschwerdeführers zu entsprechen ist. Er ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

### **E. 6.2**

Bei Obsiegen hat die vertretene Partei Anspruch auf eine Parteientschädigung, welche unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzen ist (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer ). In Anwendung dieser Grundsätze erweist sich eine Parteientschädigung von Fr. 800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Obwohl dem Rechtsbegehren des Beschwerdeführers nur teilweise entsprochen wurde, hat sein «Überklagen» den Prozessaufwand nicht beeinflusst. Von einer Reduktion der Parteientschädigung ist daher abzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 17. Juni 2019 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt , und erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 22. Mai 2019 inso weit abgeändert , als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. April 2013 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer zu einem Viertel sowie der Beschwerdegegnerin zu drei Vierteln auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 200 .-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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  
Hurst  
Leicht

## **E. 8**

00.-- festzusetzen.

Der Beschwerdeführer obsiegt im Vergleich zum angefochtenen Entscheid in dem Sinne, dass er ab 1. April 2013 ( anstatt 1. Oktober 2014 ) Anspruch auf eine Rente hat . Mit seinem Antrag auf eine Rente bereits ab 1. Dezember 2012 unterliegt er hingegen teilweise . Die Gerichtskosten sind den Parteien anteilmässig aufzuerlegen. Es rechtfertigt sich daher, sie der Beschwerdegegnerin zu drei Vierteln (Fr. 600.--) und dem Beschwerdeführer zu einem Viertel (Fr. 200.--) aufzuerlegen , wobei der auf den Beschwerdeführer entfallende Kostenanteil zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen ist .

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