

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00802 vom 30. April 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00802](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00802)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00802 du 30 avril 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00802 del 30 aprile 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 25. Juni 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C\_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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



zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent invalid, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

### **E. 1.5**

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 261 Erw. 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 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die Verneinung eines Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung im angefochtenen Entscheid damit, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Selbständigerwerbender im Bereich Informatik sowohl aus somatischer wie auch aus psychischer Sicht voll arbeitsfähig sei, respektive, dass gemäss dem Gutachten von Dr. D. \_\_\_ seit 2005 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe. Angesichts des als Selbständigerwerbender erzielten tiefen Einkommens für die der Einkommensvergleich auch bei einem 70 %-Pensum zu einem Invaliditätsgrad von 0 % (Urk. 2).

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen, dass im Gegensatz zu Dr. D. \_\_\_ sowohl Dr. Z. \_\_\_ als auch der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_ und Dr. med. F. \_\_\_, Oberärztin der Psychosozialen Medizin des C. \_\_\_, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen. Selbst der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin habe die Notwendigkeit einer Hospitalisierung offen gelassen und eine, sodann nicht durchgeführte Revision per 31. Mai 2009 vorgeschlagen, was erhebliche Zweifel an der Beurteilung der Situation gestützt auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ wecke. Es sei deshalb ein Bericht des G. \_\_\_s in Y. \_\_\_, wo er aktuell in Behandlung stehe, einzuholen (Urk. 8).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist vorab, ob und bejahendenfalls in welchem Ausmass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

### **E. 3**

3.1 Gemäss Bericht der Rheumatologie des C. \_\_\_ vom 30. Mai 2005 bestand beim Beschwerdeführer ein seit mehreren Monaten zunehmendes zervikothorakales Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung und Insuffizienz der Scapulafixatoren. Aufgrund eines Extensionsdefizites im Ellenbogen links und eines Pronationsdefizites im Handgelenk links bei Status nach dreifach operierter Ellbogenfraktur in der Jugend komme es bei der Arbeit als Informatiker aufgrund der fehlenden Pronation stets zu Fehlhaltungen, welche die zervikothorakalen Beschwerden provozieren und unterhalten würden. Neben einer physiotherapeutischen Behandlung leiteten die zuständigen Ärzte

Abklärungs-schritte im Hinblick auf eine mögliche operative Therapie im Zusammenhang mit der Ellenbogenproblematik ein und attestierten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für vier Wochen (Urk. 13/22/14-15).

Dr. med. H. \_\_\_\_, Oberarzt der Orthopädie der I. \_\_\_\_, stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 5. September 2007 die Diagnosen einer chronischen Zervikothorakalgie, eines Status nach Kompressionsfraktur Th7 und Th8 1986, eines Morbus Scheuermann und von Restbeschwerden im Ellenbogen links bei posttraumatischer tricompartmenteller Ellenbogenarthrose bei Zustand nach wahrscheinlich kindlicher distaler intraartikulärer Humerusfraktur links. Bezüglich des linken Ellenbogengelenks zeige sich sowohl im CT wie radiologisch die bekannte tricompartmentelle Ellenbogengelenksarthrose, wobei im Vergleich zu den Bildern aus dem Jahr 2005 keine Progression ersichtlich sei. Bezüglich des Zustandes nach Kompressionsfraktur Th7 und Th8 mit chronischen Zervikothorakalgien und bekanntem Morbus Scheuermann könne ebenso wie bezüglich des Ellbogengelenks lediglich eine symptomatische Therapie empfohlen werden, da aus chirurgischer Sicht keine Optionen zur Verbesserung beständen. Dr. H. \_\_\_\_ sprach sich für eine berufliche Umstellung und Umschulungsmassnahmen aus. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, dass bis anhin laut Akten weder von der Schulterprechstunde noch vom Wirbelsäulenzentrum des C. \_\_\_\_ Arbeitsunfähigkeiten festgelegt worden seien; in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer grundsätzlich voll arbeitsfähig. Behinderungsbedingte Einschränkungen erkannte Dr. H. \_\_\_\_ insbesondere im Bereich von Arbeiten über Kopfhöhe, Rotation, Sitzen, vorgeneigtes Sitzen und Stehen (Urk. 13/12/1-9).

Einem dem obigen Bericht beigelegten Konsultationsbericht von Dr. med. J. \_\_\_\_, Oberärztin der Wirbelsäulenchirurgie des C. \_\_\_\_, vom 20. April 2007 liegen dieselben Diagnosen zu Grunde. Der Beschwerdeführer habe im Hinblick auf eine Umschulung bei der Invalidenversicherung eine aktuelle Beurteilung bezüglich der Wirbelsäule gewünscht. Gemäss Dr. J. \_\_\_\_ bestand allein aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bei ergonomischer Einrichtung des Arbeitsplatzes durchaus eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Die Scheuermann-Kyphose sei eher mild ausgeprägt, die Frakturen Th7 und Th8 seien vollständig ausgeheilt und die skoliotische Fehlhaltung könne aktiv korrigiert werden. Auf lange Sicht sei es allerdings verständlich, dass der Beschwerdeführer durch die Einschränkung der Ellenbogenbeweglichkeit links vor allem beim Arbeiten mit dem Laptop eine sehr ungünstige Haltung des linken Armes einnehmen müsse, weshalb auch sie eine Umschulungsmassnahme unterstütze (Urk. 13/12/10-11).

3.2 Dr. K. \_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer gemäss Angaben in der IV-Anmeldung von Juli 2005 bis 31. Dezember 2006 wegen Depressionen behandelte (Urk. 13/1/6), erklärte gegenüber der Beschwerdegegnerin am 15. Oktober 2007 telefonisch, dass es ihm unangenehm wäre, einen Arztbericht einzureichen, da er die Behandlung des Beschwerdeführers Ende 2006 wegen Bedrohung selber abgebrochen habe (Urk. 13/19).

Auf Zuweisung des Hausarztes Dr. E. \_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer am 9. Mai 2007 in der psychotraumatologischen Sprechstunde des C. \_\_\_\_ abgeklärt. Die diagnostische Beurteilung im Abschlussbericht vom selben Tag lautete dahingehend, dass die seit 1999 bestehenden Beschwerden am ehesten den Kriterien einer Dysthymie bei möglicherweise akzentuierten Persönlichkeitszügen auf dem

Hintergrund schwieriger Kindheitserinnerungen entsprächen. Das Erdbeben 1999 in der Türkei, welches der Beschwerdeführer, der dort einen freiwilligen Hilfseinsatz geleistet habe, als Beginn seiner Beschwerden angebe, könne als Auslöser einer bereits vorbestehenden erhöhten psychischen Vulnerabilität angesehen werden. Eine posttraumatische Belastungsstörung im engeren Sinne liege nicht vor. Neben der Dysthymie (ICD-10 F34.1) diagnostizierten die zuständigen Ärzte einen Verdacht auf C2-Missbrauch gemäss ICD-10 F10.1 und empfahlen die Wiederaufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung, wobei bei genügender Motivation ein mehrmonatiger Aufenthalt in einer Psychotherapiestation in Erwägung zu ziehen sei (Urk. 10/22/7-8).

Dr. F., Oberärztin der Psychosozialen Medizin des C., untersuchte den Beschwerdeführer am 15. Oktober 2007 im Hinblick auf einen Rehabilitationsaufenthalt für die Klinik Davos-Clavadel. Ihre Beurteilung lautete dahingehend, dass die eigenanamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und der klinische Eindruck in Verbindung mit den Vorberichten am ehesten für eine narzisstische und emotional-instabile Persönlichkeit und eine Dysthymie sprächen. Differentialdiagnostisch erwähnte sie eine rezidivierende depressive Störung und einen Alkoholabusus. Aufgrund der komplexen Gesamtkonstellation inklusive des bereits laufenden IV-Verfahrens erachtete Dr. F. eine stationäre Beobachtung und Behandlung auf einer Psychotherapiestation sinnvoller als einen Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Davos-Clavadel. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sie sich nicht explizit, erklärte jedoch, dass der Wunsch des Beschwerdeführers nach einer speziellen Ausbildung in Anbetracht der schwierigen Gesamtsituation fast wie eine Grössenidee anmute (Urk. 13/22/10-11).

Dr. E., der den Beschwerdeführer seit 24. Januar 2007 hausärztlich betreut, stellte in seinem Bericht vom 28. November 2007 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diejenige einer seit 1997 bestehenden Dysthymie, einer seit jeher vorliegenden narzisstisch und emotional stabilen (richtig wohl: instabilen) Persönlichkeit mit Aggressivität, eines sekundären Alkoholabusus und einer seit 2005 bestehenden Ellenbogenarthrose links. Für die Arbeitsfähigkeit als nicht relevant erachtete er das ebenfalls diagnostizierte zervikozephal Schmerzsyndrom bei einem Status nach Kompressionsfraktur Th7 und Th8, den Morbus Scheuermann sowie eine chronischen Rhino-Sinusitis mit Polypen. Der Beschwerdeführer war gemäss den von Dr. E. erhobenen Befunden in der Aufmerksamkeit eingeschränkt, gereizt, angespannt und affektstarr bei sozialem Rückzug. Ein emotionaler Kontakt sei nicht möglich gewesen. Dr. E. erachtete den Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig, wobei er die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit 1997 attestierte (Urk. 13/22/1-6).

Die Diagnosen der seit August 2007 behandelnden Psychiaterin Dr. Z. in ihrem Bericht vom 29. Dezember 2007 lauteten auf eine Dysthymie mit rezidivierenden mittelschweren Depressionen (ICD-10 F34.1 und F32.1), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotionaler Instabilität und Verletzbarkeit (ICD-10 Z73.1), sekundären Alkoholabusus, ein chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom und einen Status nach Kompressionsfraktur. Eine berufliche Umstellung erachtete sie zur Zeit als nicht sinnvoll; die Arbeitsfähigkeit als Informatiker sei seit 1997 nicht mehr oder höchstens zu 20 % gegeben. Auch eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

liege nicht vor (Urk. 13/231-6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. L. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, des RAD kam gestützt auf diese medizinischen Unterlagen in seiner internen Stellungnahme vom 17. Januar 2008 zum Schluss, dass für die Arbeit am Computer aufgrund der chirurgisch-orthopädischen Leistungsminderung des linken Arms und der Wirbelsäule keine Einschränkung bestehe und die Dysthymie sowie der Alkoholmissbrauch weit unterhalb der Schwelle zu einem IV-relevanten Schaden lägen (Urk. 13/24/3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bestätigung von Dr. med. M. \_\_\_\_, Oberarzt der B. \_\_\_\_, vom 26. März 2008 befand sich der Beschwerdeführer seit 15. Januar 2008 in teilstationärer Behandlung (Nachmittagsprogramm) im A. \_\_\_\_. Er leide unter ausgeprägten depressiven Verstimmungen mit den klassischen Symptomen wie depressive Stimmung, Freud- und Lustlosigkeit und massiver Verminderung des Antriebs. Aus medizinisch-psychiatrischer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/37).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 10. April 2008 präzisierte Dr. Z. \_\_\_\_, ihre frühere Diagnosestellung dahingehend, dass sie rezidivierende mittelschwere bis schwere depressive Episoden mit somatischem Syndrom ohne vollständige Remission, eine Dysthymie und eine Persönlichkeitsstörung in Form einer narzisstisch und emotional-instabilen Persönlichkeit diagnostizierte. Sie wies darauf hin, dass es sich bei der Codierung ICD-10 F34.1 und F32 nicht um den Ausdruck einer weniger schweren Störung handle, sondern um eine Komorbidität mit Summierung der psychischen Symptomatik. Das sekundär entstandene zervikothorakale Schmerzsyndrom verstärkte die depressive Symptomatik. Ende Februar habe die Punktezahl auf der Hamilton Depressionsskala trotz Medikation 32 Punkte betragen, was einer schweren Depression entspreche. Zusätzlich zur aktuell ausgeprägten depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen, Morgentief, Gräbelzwang, zeitweiligen panikartigen Anfällen etc. besteht gemäss Dr. Z. \_\_\_\_, eine chronisch depressive Verstimmung mit Gefühlen von Unzulänglichkeit, Anspannung und Leere. Darauf beziehe sich die Diagnose der Dysthymie, welche chronifiziert sei. Ende November 2007 sei es gar zu einer parasuizidalen Handlung gekommen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Zusammenhang mit der nunmehr diagnostizierten Persönlichkeitsstörung wies sie darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner auch in andern Berichten geschilderten zuvorkommenden, intelligenten und zurückhaltenden Art im Kontrast in seinen effektiven psychischen und zwischenmenschlichen Möglichkeiten stark überschätzt werde. Dies habe zur Folge, dass die Schwere der psychischen Störung nur bei Beobachtung über eine längere Zeit deutlich werde. Sie stimme mit der Beurteilung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit mit dem A. \_\_\_\_, überein. Der Beschwerdeführer sei auf Verständnis und Unterstützung im Kontakt angewiesen, andernfalls komme es zu sozialem Rückzug und aggressivem Verhalten gefolgt von schweren depressiven Reaktionen sowie übermässigem Alkoholkonsum. So habe der Beschwerdeführer 1993 und 1994 trotz guter Leistungen Stellen verlassen wegen der Unfähigkeit, mit Ungerechtigkeiten umzugehen, und wegen Aggressivität, was in starkem Widerspruch zu seinem sonstigen häufig freundlichen Verhalten stehe. Diese Störungen wirkten sich ebenso wie die Depressionen negativ auf die Arbeitsfähigkeit in der Selbständigkeit aus, insbesondere im Bereich Akquirieren und Halten von Kundschaft.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem der Versuch einer Gruppentherapie im Herbst 2007 gescheitert sei, habe sich gezeigt, dass eine Rehabilitation in kleinen Schritten eingeleitet werden müsse. Die Behandlung sei in der B.\_\_\_\_ im Rahmen einer stationären Psychotherapie in Vorbereitung. Schon jetzt zeige sich, dass für eine erwünschte Intensivierung der Behandlung viel Zeit benötigt werde (Urk. 13/37/1-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das sodann von der Beschwerdegegnerin eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 17. November 2008 basiert auf einer Exploration von 80 Minuten sowie einer Testdiagnostik und den medizinischen Akten. Dr. D.\_\_\_\_ und die mituntersuchende Dr. med. N.\_\_\_\_, Assistenzärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, kamen gestützt darauf zur Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30), einer Dysthymie gemäß ICD-10 F34.1 und von schädlichem Konsum von Alkohol gemäß ICD-10 F10.1. Aktuell leide der Beschwerdeführer unter Schlafstörungen, habe Mühe, am Morgen aufzustehen, lebe sozial zurückgezogen und habe ein sehr grosses Schlafbedürfnis. Wenn er an seine Zukunft denke, leide er unter Ängsten, die sich in plötzlichem Schwitzen, Nervosität und innerer Unruhe äusserten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer erfülle die Diagnosekriterien gemäß ICD-10 F60.30. Bereits im Schulalter sei er ein Einzelgänger mit Schwierigkeiten im Umgang mit Konflikten gewesen; ein erfolgreicher Studienabschluss sei ihm nicht möglich gewesen, eine dauerhafte Integration im Arbeitsmarkt sei ihm unter anderem aufgrund seines aggressiven Verhaltens nicht gelungen. Aufgrund der eingeschränkten Kompetenz in der Bewältigung zwischenmenschlicher Konflikte und im Umgang mit psychosozialen Belastungsfaktoren sei es wiederholt zu depressiven Krisen gekommen, welche jedoch im Rahmen der Persönlichkeitsstörung zu deuten seien. Insgesamt liege eine leichte bis mittelschwere Ausprägung der Störung vor, aufgrund welcher eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe. Hinsichtlich der depressiven Problematik bestehe eine Diskrepanz zwischen den Angaben des Beschwerdeführers im Gespräch respektive den Testergebnissen (vgl. SCL-90-R, BDI) und dem objektiven Befund (vgl. MADRAS-Test und Psychostatus). Insgesamt sei die Diagnose einer Dysthymie zu stellen, welche gemäß aktueller Rechtsprechung nicht zu einer Minderung der Leistungsfähigkeit führe. Der ausgeprägte Alkohol- und Cannabiskonsum in den Jahren 1999 bis 2001 sei als Folge der Persönlichkeitsstörung zu deuten. Heute konsumiere der Beschwerdeführer noch regelmässig grössere Mengen Alkohol, was aber ebenfalls zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der Würdigung der vorhandenen Arztberichte äusserten sich Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ dahingehend, dass im Rahmen des Gutachtens die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit zu beurteilen sei. Sogenannt psychodynamische Zusammenhänge seien dabei nicht relevant und die "Zumutbarkeit" sollte begrifflich nicht mit "Gesundheit" sowie "medizinisch-theoretisch" nicht mit "individuell-realistisch" verwechselt werden (Urk. 13/46/1-34).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der Würdigung der medizinischen Unterlagen ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen (vgl. Urk. 12 S. 2), dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später

verwirklichen, sind nur, aber immerhin insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 Erw. 1b S. 366; 99 V 98 S. 102). Soweit der Beschwerdeführer in seiner Ergänzungsantrag vom 8. Oktober 2009 beantragen liess (Urk. 8 S. 3), es sei ein Bericht des Y. in Winterthur, wo er sich offenbar Ende September/ Anfang Oktober 2009 stationär aufgehalten hatte, zur Überprüfung der Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung vom 25. Juni 2009 einzuholen, ist er auf obige Rechtsprechung hinzuweisen. Angesichts der nachfolgenden Erwägungen erübrigen sich Weiterungen hierzu.

Was den vom Vertreter des Beschwerdeführers erwähnten Bericht des Y. in Zürich, wo der Beschwerdeführer angeblich ein halbes Jahr halbstationär behandelt wurde, und welches ihm eine 100%ige IV-Berechtigung attestiert habe (vgl. Urk. 1 S. 5), anbelangt, verwechselte er das Y. offensichtlich mit dem A., beides Institutionen der B., war doch der Beschwerdeführer gemäss Bestätigung von Dr. M. vom 26. März 2008 im A., einer Einrichtung mit teilstationärem Angebot, in teilstationärer Behandlung (vgl. Urk. 13/37).

Hinsichtlich der somatischen gesundheitlichen Einschränkungen liess der Beschwerdeführer unbestritten, dass er trotz gewissen Einschränkungen aufgrund der Problematik im linken Ellenbogengelenk und der diagnostizierten chronischen Zervikothorakalgie sowie des Morbus Scheuermann in seiner angestammten Tätigkeit im Bereich Informatik am Computer zumindest bis zum Erlass des angefochtenen Entscheidungs grundsätzlich arbeitsfähig war. Zwar sprachen sich sowohl Dr. H. als auch Dr. J. von der I. für Umschulungsmassnahmen aus, jedoch bescheinigte letztlich keine der beteiligten ärztlichen Fachpersonen in diesem Zusammenhang eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/1-11). Dass der rechtsdominante Beschwerdeführer (vgl. Urk. 13/12/4) bei optimaler ergonomischer Büroeinrichtung trotz der Befunde im Bereich des linken Ellbogens und des Rückens seiner angestammten Tätigkeit im Bereich Informatik medizinisch-theoretisch nachkommen könnte, scheint nachvollziehbar.

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt, ist gestützt auf die diesbezüglich im Wesentlichen übereinstimmenden fachärztlichen Beurteilungen als erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer an einer Dysthymie gemäss ICD-10 F34.1 leidet. Nicht nur die behandelnde Psychiaterin Dr. Z., sondern auch Dr. D. und Dr. F. des C. sprachen sich dafür aus.

Wie im Gutachten von Dr. D. richtig erwähnt (vgl. Urk. 13/46/14), handelt es sich dabei gemäss der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung um eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Stimmung zu erfüllen (ICD-10 F 34.1). Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 13. März 2007, I 649/06, Erw. 3.3.1 mit weiteren Hinweisen).

Die Schlussfolgerung, dass eine Dysthymie keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit bewirken kann, gilt indessen nicht absolut. Auch dieses Leiden kann

im Einzelfall die Arbeitsfähigkeit erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt. Dabei ist zu fragen, ob das Zusammenspiel zwischen der Dysthymie und den weiteren psychischen Beschwerden, welchen je für sich genommen möglicherweise keine invalidisierende Wirkung zukommt, eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bewirkt (Urteil des Bundesgerichts in Sachen B. vom 22. Oktober 2008, 8C\_528/2008, Erw. 3.3 mit Hinweis).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der medizinischen Aktenlage steht fest, dass der Beschwerdeführer nicht nur an einer Dysthymie leidet, sondern dass weitere nicht unerhebliche psychische Störungen vorliegen. So diagnostizierten letztlich - nachdem zunächst lediglich von akzentuierten Persönlichkeitszügen die Rede war (vgl. Urk. 13/22/7, 13/22/11, 13/23/2) - Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 13/38/1) und auch Dr. D.\_\_\_\_ (Urk. 13/46/10) in überzeugender Weise das Vorliegen einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60.3. Im Gegensatz zu Dr. D.\_\_\_\_ setzte sich Dr. Z.\_\_\_\_ dabei mit dem Zusammenspiel dieser schweren Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 6. Auflage, Bern, 2008, S. 246) mit der Dysthymie wie auch den von ihr diagnostizierten rezidivierenden mittelschweren bis schweren depressiven Episoden, deren Vorliegen von Dr. M.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 26. März 2008 bestätigt (Urk. 13/37) und bereits von Dr. F.\_\_\_\_ am 15. Oktober 2007 zumindest differentialdiagnostisch erwähnt worden waren (vgl. Urk. 13/22/11), auseinander und legte nachvollziehbar dar, dass dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit aktuell und seit längerem sozial-praktisch nicht mehr möglich und zumutbar sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ begründeten sich dagegen im Wesentlichen mit dem Hinweis auf die aktuelle Rechtsprechung zur Begründung des Ausschlusses einer Minderung der Arbeitsfähigkeit durch die Dysthymie. Eine Auseinandersetzung mit der Komorbidität in Form der Persönlichkeitsstörung wie auch der depressiven Episoden, welche in ihrem Gutachten lediglich als depressive Krisen im Zusammenhang mit der Persönlichkeitsstörung erwähnt wurden (vgl. Urk. 13/46/12), findet sich nicht. Nicht zu überzeugen vermag weiter, dass, obwohl gemäss Dr. D.\_\_\_\_ unter anderem die Persönlichkeitsstörung eine dauerhafte Integration in den Arbeitsmarkt verhindert hat (vgl. Urk. 13/46/12), die Minderung der Arbeitsfähigkeit infolge derselben auf lediglich 30 % festgelegt wurde, ohne dies nachvollziehbar und konkret zu begründen. Des Weiteren stützte sich das Gutachten, wie der Beschwerdeführer zu Recht bemängeln liess (Urk. 16 S. 2), auf eine unvollständige medizinische Aktenlage, lagen demselben doch gemäss Aktenverzeichnis weder der Kurzbericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 16. März 2008 (Urk. 13/37) noch der Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 10. April 2008 (Urk. 13/38) zu Grunde. Letztlich vermag auch der Ausschluss einer relevanten aktuellen depressiven Episode durch Dr. D.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen, setzte er sich doch mit den aufgeführten medizinisch-theoretischen Symptomen für eine schwere Depression (vgl. Urk. 13/46/13) nicht effektiv und insbesondere nicht in Auseinandersetzung mit den von ihm festgestellten Diskrepanzen zwischen den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers respektive dem Ergebnis des Testergebnisses aus dem Beck Depressionsinterview (BDI) und dem erhobenen Psychostatus sowie dem Ergebnis des Fremdbeurteilungsverfahrens MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) auseinander.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit kann für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ vom 15. November 2008 abgestellt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Gegensatz dazu rechtfertigen sich an der Beurteilung von Dr. Z. \_\_\_ vom 10. April 2008 keine grundsätzlichen Zweifel. Auch wenn zu berücksichtigen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), erweist sich ihr Bericht insbesondere im Lichte der gesamten Aktenlage und der oben zitierten Rechtsprechung zur ausnahmsweise invalidisierenden Wirkung einer Dysthymie bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität als nachvollziehbar begründete ärztliche Beurteilung, die auf eingehenden Untersuchungen und in Kenntnis der Aktenlage ergangen ist. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 0 % in jeglicher Tätigkeit wurde sowohl von Dr. M. \_\_\_ (Urk. 13/37) als auch vom Hausarzt Dr. E. \_\_\_ (Urk. 13/22/6) geteilt. Zwar äusserten sich weder Dr. F. \_\_\_ noch die zuständigen Ärzte der psychotraumatologischen Sprechstunde des C. \_\_\_ ausdrücklich zur Frage der Arbeitsfähigkeit, doch erwogen letztere immerhin einen mehrmonatigen Aufenthalt in einer Psychotherapiestation (Urk. 13/22/7). Dr. F. \_\_\_ erachtete den vom Beschwerdeführer geäusserten Ausbildungswunsch am 15. Oktober 2007 angesichts der Gesamtsituation fast als Grössenidee (Urk. 13/22/11), was darauf schliessen lässt, dass auch sie von einer erheblich eingeschränkten Leistungsfähigkeit ausging.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend ist daher mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 Erw. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.) als erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Zusammenspiels der festgestellten Dysthymie mit der Persönlichkeitsstruktur und den ebenfalls als erstellt zu betrachtenden rezidivierenden mittelschweren bis schweren depressiven Episoden sowohl in der angestammten selbständigen Tätigkeit im Bereich Informatik als auch in einer andern Tätigkeit arbeitsunfähig ist. Der wiederholt diagnostizierte Alkoholabusus des Beschwerdeführers ist gemäss der medizinischen Aktenlage klar sekundär und im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von nebensächlicher Bedeutung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Des Weiteren ist gestützt auf Dr. Z. \_\_\_ und Dr. E. \_\_\_ (vgl. Urk. 13/22/6, 13/23/6 und 13/38/4) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass zumindest bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids die psychischen Ressourcen für eine berufliche Eingliederungsmassnahme nicht vorlagen. Daraus folgt, dass der Beschwerdeführer zwar Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat, das Begehren um berufliche Massnahmen jedoch abzuweisen ist. Ebenso ist der Antrag auf Zusprechung medizinischer Massnahmen abzuweisen, da keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass medizinische Eingliederungsmassnahmen bis Ende 2007 angezeigt gewesen wären, und nach dem seit dem 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 12 IVG medizinische Massnahmen nur bis zum vollendeten 20. Altersjahr gewährt werden.

Was sodann den Anspruch auf Hilfsmittel betrifft, entfällt dieser hinsichtlich der beantragten Hilfsmittel für den Arbeitsplatz (vgl. Urk. 13/1 S. 6) aufgrund der 100%igen Arbeitsunfähigkeit, während das ebenfalls unter dem Titel Hilfsmittel beantragte Bettgestell und die wirbelsäulenschonende Matratze (Urk. 13/1 S. 6) in der Liste im

Anhang zur Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung nicht als möglich, von der Invalidenversicherung abzugebende Hilfsmittel aufgeführt sind. Auch in diesem Punkt ist die Beschwerde daher abzuweisen.

4.4. Was den Beginn der anspruchrelevanten gesundheitlichen Einschränkung angeht, erachteten nicht nur Dr. Z. (vgl. Urk. 13/23/2 und 13/38/3) und Dr. E. (Urk. 13/22/2) die Arbeitsunfähigkeit als seit Jahren bestehend, sondern auch Dr. D. ging davon aus, dass die von ihm bescheinigte 30%ige Einschränkung infolge der Persönlichkeitsstörung zumindest seit dem Jahr 2005 bestanden hat (Urk. 13/46/15). Im Bericht des C. wird der Beginn der Beschwerden auf 1999, den Zeitpunkt des Erdbebens in der Türkei, datiert (Urk. 13/22/7). Angesichts dessen und des Umstands, dass Persönlichkeitsstörungen im Sinne von ICD-10 F60-69 ihren Ursprung und Beginn in der Kindheit oder Adoleszenz haben (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O, S. 246), und der Beschwerdeführer bereits Anfang 2005 in psychiatrischer Behandlung stand (vgl. Urk. 13/1/6), rechtfertigt sich gestützt auf die Aktenlage die Annahme, dass der Beschwerdeführer, der sich im Juli 2007 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hatte, zumindest seit Juli 2005 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt ist.

Zeitpunkt des Rentenbeginns ist gestützt auf die hier anwendbare, bis Ende 2007 gültig gewesene Fassung von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in Verbindung mit Art 48 Abs. 2 IVG und Art. 29 Abs. 2 IVG folglich der 1. Juli 2006. Die Beschwerde ist nach dem Gesagten teilweise gutzuheissen und der angefochtene Entscheid ist, soweit er einen Rentenanspruch verneint, aufzuheben, und es ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2006 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat.

## **E. 5**

5.1. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

5.2.1. Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Im Falle des Obsiegens bei unentgeltlicher Rechtspflege ist die Parteientschädigung dem unentgeltlichen Rechtsvertreter zuzusprechen, welchem infolge prozessrechtlicher Legalzession Gläubigerstellung hinsichtlich des Honoraranspruchs zukommt (Emmel, in: Sutter-Somm/Hasenböhler/Leuenberger, ZPO Kommentar, Zürich, Basel, Genf 2010, Art. 122 Rz 12).

5.2.2. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers weist in der eingereichten Kostennote vom 15. April 2011 (Urk. 23/1) einen Zeitaufwand von 8,15 Stunden und Barauslagen von Fr. 137.-- aus. Dabei macht er für zwei Schreiben an die

Beschwerdegegnerin vom 9. April 2008 (Urk. 13/35) und 16. Mai 2008 (Urk. 13/41) einen Zeitaufwand von 0,6 Stunden geltend. Der Entschädigungsanspruch gemäss Art. 61 lit. g ATSG umfasst nur den Aufwand im kantonalen Rechtspflegeverfahren. Für diese im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erstellten Eingaben besteht folglich kein Anspruch, zumal Rechtsanwalt Deplazes bereits von der Beschwerdegegnerin dafür entschädigt wurde (vgl. Verfügung vom 5. August 2009 betreffend Gutheissung des Gesuchs um unentgeltlichen Rechtsbeistand, Urk. 13/50).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit reduziert sich der zu entschädigende Aufwand um 0,6 Stunden auf 7,55 Stunden. Beim gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- resultiert daraus eine Entschädigung von Fr. 1'778.75 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer), welche angesichts des Ausgangs des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 25. Juni 2009 aufgehoben, soweit damit der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2006 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Ervin Deplazes, Stäfa, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'778.75 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Ervin Deplazes
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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