

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00105 vom 18. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00105)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00105 du 18 septembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00105 del 18 settembre 2012

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Im angefochtenen Entscheid wird ausgeführt, der Beschwerdeführer 2 sei wegen eines chronisch bestehenden psychischen Gesundheitsschadens seit Juni 2007 erheblich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, weshalb ihm aus medizinischer Sicht eine behinderungsangepasste Tätigkeit noch mit einem Pensum von 50 % zumutbar sei. Die Compliance sei gut, denn der Beschwerdeführer 2 sei in ausreichender fachärztlicher Behandlung, weshalb auch die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht nicht angezeigt sei. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % betrage das Invalideneinkommen Fr. 27'540.--. Für die Bestimmung des Valideneinkommens sei aufgrund des schwankenden Einkommens des Beschwerdeführers 2 auf den Tabellenlohn für Hilfsarbeiten abzustellen, welcher Fr. 61'200.-- betrage. Damit ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 55 %, sodass ein Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2 und 7/2).

2.2. Demgegenüber wird von der Beschwerdeführerin 1 im Wesentlichen vorgebracht, die von der Beschwerdegegnerin getätigten Abklärungen seien mangelhaft und würden keine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs erlauben. Gestützt auf das Gutachten des Dr. C. \_\_\_ - ein Aktengutachten habe einzig deswegen erstellt werden müssen, da der Beschwerdeführer 2 eine Exploration verweigert habe - erscheine die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung als wenig plausibel, da der Beschwerdeführer 2 während 20 Jahren in Berufen mit Kunden- und Kollegenkontakten gearbeitet und der behandelnde Psychiater diese Diagnose nie gestellt habe. Bei einander widersprechenden Berichten dürfe der Prozess nicht ohne Würdigung des gesamten Beweismaterials erledigt werden und es seien die Gründe anzugeben, wieso auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abgestellt werde (Urk. 1 und 10).

2.3. Vom Beschwerdeführer 2 wird dagegen geltend gemacht, er könne seine Restarbeitsfähigkeit einzig im geschätzten Rahmen verwerten, was sowohl von den betreuenden Personen im Trainingszentrum B. \_\_\_ wie auch vom behandelnden Psychiater bestätigt werde. Bei der Bestimmung des Valideneinkommens stelle die Beschwerdegegnerin zu Unrecht auf den Lohn eines Hilfsarbeiters ab, da davon auszugehen sei, dass er ohne die psychischen Beeinträchtigungen heute eine intellektuell anspruchsvollere Tätigkeit ausüben würde (Urk. 7/1 und 11).

### E. 3

3.1. Dem Bericht des Dr. med. E. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, von 16. Juni 2008 können die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden:

- rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

- gegenwärtige depressive Episode

Der Beschwerdeführer 2 sei affektiv niedergestimmt, hoffnungs- und perspektivenlos und seine kognitiven Leistungen seien eingeschränkt. Er leide unter Gedankenkreisen, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, einem grösseren Energiemangel und einem Gefühl der Gefahlosigkeit. Früher habe er Suizidgedanken gehabt, welche auch jetzt immer wieder wiederkehrend seien. Momentan bestehe jedoch kein Verdacht auf unmittelbare Suizidalität.

Dr. E. \_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer 2 eine Arbeitsfähigkeit von 50 - 100 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit 16. Juni 2008. Er sei jedoch zurzeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig, weshalb ein Arbeitsplatz im geschätzten Rahmen in Frage komme (Urk. 6/6).

3.2. Dr. A. \_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 12. März 2009 folgende Diagnosen:

I. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0) mit Somatisierungsneigung

2. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, emotional instabilen und vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0)

II. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1)

Im Explorationsgespräch habe sich ein 41-jähriger, vorgealtert wirkender, nachlässig gepflegter Mann gezeigt. Von Beginn der Exploration an sei er in der Interaktion sehr auffällig gewesen, anfangs angepasst und unsicher, im Verlauf sicherer, dabei sehr selbstbezogen und hochgradig kränkbar. Er habe sich als Opfer Anderer erlebt und habe umfassend von seinen Benachteiligungserlebnissen trotz der subjektiv erlebten herausragenden Leistung berichtet. Die vorsichtige Frage nach eventuellen Eigenanteilen in Konfliktsituationen habe bei ihm eine Schimpftirade über die Spezies Mensch als „gemeines Schwein“ bewirkt. Beim Beschwerdeführer 2 bestehe eine erhebliche strukturelle Vulnerabilität. Es seien erhebliche Defizite bezüglich der Selbstwahrnehmung, der Fremdwahrnehmung, der Selbststeuerung, der Bindung und der Kommunikation feststellbar. Diese Defizite seien auch in der aktuellen Untersuchung deutlich geworden. Es habe sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbstwahrnehmung des Beschwerdeführers 2 und der Wahrnehmung seiner Person durch Andere gezeigt. Sein Selbstwertgefühl sei ausgesprochen fragil mit der Tendenz zur Abwertung Anderer um das eigene Selbstwertgefühl zu stabilisieren (Urk. 6/23 S. 9 f.).

Der Gutachter führte weiter aus, aufgrund der Persönlichkeitsstruktur mit emotional instabilen und narzisstischen Anteilen seien die Bewältigungsfähigkeiten des Beschwerdeführers 2, belastende Ereignisse adäquat zu verarbeiten, deutlich eingeschränkt. Dabei bestehe eine nur sehr eingeschränkte Möglichkeit, insbesondere in Konfliktsituationen, auf das Gegenüber flexibel und adäquat zu reagieren. Seine Belastbarkeit und Frustrationstoleranz seien ausgesprochen gering. Interaktionale Schwierigkeiten, die sich aufgrund der wenig realistischen Selbst- und Fremdwahrnehmung ergeben, würden beim Beschwerdeführer 2 innerhalb kurzer Zeit zum Kontaktabbruch führen. Auf dem Boden der kombinierten Persönlichkeitsstruktur mit emotional instabilen und narzisstischen Zügen sei es zur Entstehung wiederkehrender depressiver Episoden gekommen. Auch aktuell würde beim Beschwerdeführer 2 eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik vorliegen. In der angestammten Tätigkeit in der Gastronomie oder als Selbständiger mit Wirtepatent sei aktuell aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 60 - 70 % seit Februar 2009 gegeben. In einer adaptierten Tätigkeit des freien Arbeitsmarktes sei von einer zumutbaren Restarbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei bedingt durch eine mittelgradige Einschränkung der Stress- und Frustrationstoleranz sowie einer erheblichen Einschränkung der emotionalen Belastbarkeit, insbesondere der Kontakt-, Konflikt- und Anpassungsfähigkeit. Das Erreichen einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % erscheine unter konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und geeigneter Eingliederungsmassnahmen in den nächsten neun bis zwölf Monaten möglich und zumutbar. Als adaptierte Tätigkeiten seien Tätigkeiten zu nennen, die keine erhöhten Anforderungen an die sozialen Kompetenzen sowie die emotionale Belastbarkeit stellen würden (Urk. 6/23 S. 11 f.).

3.3 Dr. C. führte in seinem Gutachten vom 8. Dezember 2009 aus, die diagnostizierte Persönlichkeitsstruktur erscheine ihm wenig plausibel, habe doch der Beschwerdeführer 2 gegen 20 Jahre im Berufen gearbeitet, wo er Kunden- und Kollegenkontakte gehabt habe und er habe offenbar die Arbeiten zur Zufriedenheit seiner Arbeitgeber verrichtet. Bezüglich der Persönlichkeit des Beschwerdeführers 2 sei wesentlich, dass der behandelnde Psychiater, der seinen Patienten am besten kenne, nicht von einer Persönlichkeitsstruktur spreche, denn eine Persönlichkeitsstruktur falle vor allem in regelmässigen Kontakten mit einem Patienten auf. Im Psychostatus erwähne Dr. A. die gute Konzentrations- und Aufnahmefähigkeit während drei Stunden Untersuchung, weshalb er seine Zweifel bezüglich der Diagnose einer depressiven Struktur habe. Dr. A. sei sich offensichtlich selbst nicht sicher über das Ausmass der depressiven Struktur, schreibe er doch von leicht bis allenfalls mittelgradig. Wenn er den Alkohol- und Cannabiskonsum ausklammere und davon ausgehe, dass der Beschwerdeführer 2 leicht depressiv sei, ergebe sich daraus eine volle Arbeitsfähigkeit (im bisherigen Beruf) mit einer leistungsmässigen Einbusse von höchstens 20 %. Er könne die RAD-Ärzte nicht verstehen, die dem Beschwerdeführer 2 weder eine Mitwirkungspflicht auferlegt noch ihn zur Schadenminderung bezüglich seines Alkohol- und Cannabiskonsums aufgefordert hätten (Urk. 6/57 S. 7 ff.).

3.4 Der RAD-Arzt Prof. Dr. D. berichtete am 17. August 2010, beim Beschwerdeführer 2 verhindere aktuell ein chronischer, seit der frühen Adoleszenz bestehender psychischer Gesundheitsschaden von Krankheitswert (ICD-10 F60.31 sowie

Z73.1 und Z73.4) die Ausschöpfung der funktionellen Leistungsfähigkeit für beruflich zu verwertende Tätigkeiten. Im Vordergrund des trotz kontinuierlich lege artis durchgeführter psychiatrischer ambulanter und stationärer Behandlung weitgehend therapieresistenten Krankheitsbilds würden wechselnde, mit depressiven Verstimmungen einhergehende emotionale Krisen stehen, die zu einem meist unvermittelt sich manifestierenden persönlichen Rückzugsverhalten des Beschwerdeführers 2 aus sozialen Bezügen führen würden, verbunden mit der Unfähigkeit der Tagesstrukturierung und der vorausschauenden Vorsorge im Hinblick auf Lebensunterhalt und Zukunftsplanung. Eine in Verbindung mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung stehende dissoziale und dysfunktionale Verweigerungshaltung habe bislang alle beruflichen Eingliederungsversuche scheitern lassen. Die anamnestisch beschriebene Substanz-Abhängigkeit sei aktuell nicht festzustellen, ebenso erscheine der Beschwerdeführer 2 in guter Compliance gegenüber den ärztlichen Therapieempfehlungen. Vor dem Hintergrund des festgestellten Gesundheitsschadens sei aktuell eine beruflich zu verwertende Restarbeitsfähigkeit von 50 % in stützender und unterstützend-wertschätzender behinderungsangepasster Arbeitsplatzsituation zu postulieren, die bei Stabilisierung des jetzigen Arbeitsverhältnisses mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mittelfristig auf 80 % des Pensums zu steigern sein wird. Auf Nachfrage des Sachbearbeiters der Beschwerdegegnerin präzisierte Prof. Dr. D. \_\_\_ seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit dahingehend, dass dem Beschwerdeführer 2 eine Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % in der freien Wirtschaft zumutbar sei (Urk. 6/82 S. 2).

#### 4.1.1.1.1.1

4.1.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers 2 auf das Gutachten des Dr. A. \_\_\_ ab. Dieser diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0) mit Somatisierungsneigung sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, emotional instabilen und vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0). In Bezug auf die Persönlichkeitsstörung ist zunächst darauf hinzuweisen, dass solche in der Kindheit oder Adoleszenz beginnen und sich endgültig im Erwachsenenalter manifestieren (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 7. Auflage, Bern 2010, S. 244 ff.). Da der Beschwerdeführer jahrelang in der Gastronomie bei verschiedenen Arbeitgebern tätig war und währenddessen das Wirtepatent erwarb, ohne dass sich Anzeichen auf erhebliche psychische Störungen zeigten beziehungsweise er in keiner fachärztlichen psychiatrischen Behandlung stand, erweist sich die Einschätzung des Dr. A. \_\_\_ als nicht schlüssig. Die aus den IK-Auszügen hervorgehenden Stellenwechsel liegen sodann im branchenüblichen Rahmen und stellen entgegen der Auffassung des Dr. A. \_\_\_ keinen Hinweis auf eine krankheitswertige Störung dar. Dies wird auch durch die Berichte des Dr. E. \_\_\_ bestätigt, ist doch in keinem seiner Berichte die erwähnte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung enthalten, obwohl er als behandelnder Psychiater den engsten Kontakt zum Beschwerdeführer 2 pflegte (Urk. 6/6, 19/28, 19/33, 19/37, 19/41 und 19/43). Selbst als die Ärzte der Klinik F. \_\_\_ den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung aussprachen (Urk. 6/6 S. 7), hielt Dr. E. \_\_\_ kurze Zeit später weiterhin an seiner Einschätzung einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode fest (Urk. 6/6 S. 2). Vor dem Hintergrund, dass keine

echtzeitlichen Hinweise auf psychische Störungen in der Adoleszenz und im weiteren Verlauf des Berufslebens vorliegen, erweisen sich auch die Ausführungen des RAD-Arztes Prof. Dr. D.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer 2 an einer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Borderline-Störung leiden soll, als reichlich spekulativ.

Im Hinblick auf die depressive Störung handelt es sich in Übereinstimmung mit allen Gutachtern bloss um eine solche mit leicht- bis höchstens mittelgradiger Ausprägung. Deren Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit sind aus objektiver Sicht aber grundsätzlich als überwindbar zu betrachten (vgl. dazu etwa Entscheid des Bundesgerichts 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Aus diesem Grunde sind die Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers 2 durch die Dres. E.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar.

4.2 Nach dem Gesagten vermögen das Gutachten des Dr. A.\_\_\_\_ wie auch die Berichte der Dres. E.\_\_\_\_ und D.\_\_\_\_ nicht zu überzeugen. Die Einschätzung des Dr. C.\_\_\_\_ erscheint dagegen im Lichte der Rechtsprechung als durchaus nachvollziehbar und erfüllt die für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien, denn aus dem Gutachten ist ersichtlich, dass Dr. C.\_\_\_\_ die entscheiderelevanten medizinischen Vorakten bekannt waren (Urk. 6/57 S. 1 ff.). Er setzte sich sodann insbesondere mit dem Gutachten des Dr. A.\_\_\_\_ auseinander (Urk. 6/57 S. 7 f.) und begründete in nachvollziehbarer Weise seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der Diagnose einer leichten depressiven Episode. Die Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ vermag inhaltlich zu überzeugen und enthält Schlussfolgerungen, die so begründet sind, dass sie nachvollzogen werden können. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann darauf abgestellt werden, da gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auch ein reines Aktengutachten voll beweiskräftig sein kann, wenn es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts geht und sich neue Untersuchungen erübrigen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_681/2011 vom 27. Juni 2012 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Der Beschwerdeführer 2 wurde von Dr. A.\_\_\_\_ umfassend psychiatrisch untersucht, wobei letzterer Anamnese und Krankheitsverlauf sowie die erhobenen objektiven Befunde in seinem Gutachten wiedergegeben hat. Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, inwiefern weitere Abklärungen zusätzliche Erkenntnisse liefern könnten.

4.3 Entgegen der vom Beschwerdeführer 2 vertretenen Ansicht ist ihm eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zumutbar, denn vor dem Hintergrund der Einschätzung des Dr. C.\_\_\_\_ kann auf den Bericht der Betreuer des Trainingszentrums B.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden, wird doch die Notwendigkeit eines geschätzten Arbeitsplatzes insbesondere mit der psychischen Erkrankung des Beschwerdeführers 2 begründet (Urk. 6/76 S. 3). Im übrigen finden sich im erwähnten Bericht keine objektiven Hinweise, die einen geschätzten Arbeitsplatz für den Beschwerdeführer 2 nötig machen würden. Aus dem Bericht geht vielmehr hervor, dass der Beschwerdeführer 2 über leicht überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten verfügt (Urk. 6/76 S. 6). Entsprechend ist nicht ersichtlich, inwiefern der Beschwerdeführer 2 auf einen geschätzten Arbeitsplatz angewiesen wäre.

4.4 Nach dem Gesagten ist gestützt auf die schlüssige Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer 2 in seiner

bisherigen Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig ist, wobei eine Leistungsminderung von 20 % zu beachten ist. Damit resultiert kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad, sodass kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht.

5.

5.1     In Gutheissung der Beschwerde der Beschwerdeführerin 1 ist damit die angefochtene Verfügung, mit welcher dem Beschwerdeführer 2 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zugesprochen wurde, aufzuheben und es ist festzustellen, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

5.2     Die Beschwerde des Beschwerdeführers 2, mit welcher er die Zusprechung einer ganzen Rente verlangt, ist entsprechend abzuweisen.

6.       Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer 2 und der Beschwerdegegnerin je zur Hälfte aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zuzugewährtung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer 2 auferlegten Kosten von Fr. 500.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer 2 ist jedoch zur Nachzahlung verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Das Gericht erkennt:

1.         In Gutheissung der Beschwerde der Beschwerdeführerin 1 wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Januar 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer 2 keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

2.         Die Beschwerde des Beschwerdeführers 2 wird abgewiesen.

3.         Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer 2 und der Beschwerdegegnerin je zur Hälfte auferlegt. Zuzugewährtung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer 2 auferlegten Kosten von Fr. 500.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer 2 wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

4.         Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_\_\_

- Z. \_\_\_\_\_

- 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).

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