

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00293 vom 28. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00293

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00293 du 28 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00293 del 28 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1959 geborene und zuletzt als Sicherheitsangestellter erwerbstätig gewesene X.____ meldete sich am 4. Dezember 2012 unter Hinweis auf ein psychisches Leiden bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 10/5) . In der Folge erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache zunächst für ein Belastbarkeitstraining

bei der Y.____

(Urk. 10/24), dann für ein verlängertes Aufbautraining bei der gleichen Institution (Urk. 10/36, Urk. 10/46) und schliesslich

für ein Arbeitstraining in einem Altersheim im Rahmen einer Umschulung als Mitarbeiter im technischen Dienst (Urk. 10/52). Am 5. August 2014 schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen ab (Urk. 10/60) . Nach Einholung von aktuellen Auskünften der behandelnden Ärzte führte sie das Vorbescheidverfahren durch (Urk. 10/71 ff.) und verneinte mit Verfügung vom 2. Februar 2015 den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) . Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die

Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

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. 2

Dagegen erhob X.____ am 5. März 2015 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer ganzen Rente, eventualiter um Anordnung eines unabhängigen psychiatrischen Gerichtsgutachten s. Daneben ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 4. Juni 2015 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), worüber der Beschwerdeführer mit der ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährenden Verfügung vom 7. Juli 2015 orientiert wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneint den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, dass bei

diesem eine gesundheitliche Situation bestehe, welche keine längere Zeit dauernde und regelmässige Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit begründe. Es bestehe eine psychosoziale Belastungssituation mit finanziellen Schwierigkeiten und motivationalen Problemen, die im Zusammenhang mit der bestehenden Erwerbslosigkeit zu setzen seien. Die Diagnose einer schizotypen Störung sei nicht nachvollziehbar. Falls dennoch eine jahrelange Persönlichkeitsstörung vorgelegen habe, so habe sie die Arbeitsfähigkeit in den letzten 20 Jahren nicht tangiert. Für eine neu eingetretene, darauf beruhende Arbeitsunfähigkeit müsse eine Verschlechterung der Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden, was medizinisch-theoretisch nicht möglich sei, da die Störungen mehr oder weniger dauerhaft in gleicher Intensität seit frühen Jahren vorlägen. Weiter bringt die Beschwerdegegnerin vor, dass der Versicherte vorübergehend als Folge der Kündigung im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen arbeitsunfähig gewesen sei, bleibe nach wie vor plausibel. Letztere hätten sich, soweit aktenkundig, aber verbessert und eine weitere Arbeitsunfähigkeit sei nicht mehr plausibel (Urk. 2 S. 2 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass er an einer schizotypen Störung leide. Diese Diagnose sei nach einer diagnostischen Beurteilung im Längsschnitt über zwei Jahre Behandlung gestellt worden, was für deren Zuverlässigkeit spreche. Es sei durchaus möglich, dass die Erkrankung seit Jahren bestehe und die heute ausgeprägten Symptome in einer geringeren Ausprägung vorgelegen hätten (Urk. 1 S. 4 f.).

Das Fehlen einer Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt werde auch durch das Ergebnis der beruflichen Eingliederungsbemühungen bestätigt. Zurzeit sei lediglich eine Arbeit im geschützten Rahmen möglich mit dem Ziel, eine geregelte Tagesstruktur und eine leichte Verbesserung der krankheitsbedingten Symptomatik zu erreichen (Urk. 1 S. 6 f.). 3. 3.1

Den Akten lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer, gelernter Bauzeichner, vom 1. September 2001 bis zum letzten Arbeitstag am 26. Juni 2012 für die Z.____ als Sicherheitsangestellter erwerbstätig war. Das Arbeitsverhältnis wurde von der Arbeitgeberin per 31. März 2013 aufgelöst (Arbeitsgeberfragebogen vom 12. Februar 2013, Urk. 10/21). 3.2

Seit dem 11. Juli 2012 ist der Beschwerdeführer in der A.____

in ambulanter Behandlung. Anfänglich stellten die behandelnden Klinikärzte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Der Beschwerdeführer empfinde seine hohe Verschuldung als stark belastend. Ausserdem falle es ihm schwer, sich gegenüber anderen Personen durchzusetzen beziehungsweise seine Meinungen in adäquater Weise zu vertreten. So sei er in der Vergangenheit wiederholt übervorteilt worden. Aktuell habe er das Gefühl, bei der Arbeit gemobbt zu werden. Diesbezüglich reagiere er resignativ, hoffnungslos und teilweise sarkastisch. Für die ausgeübte Tätigkeit als Sicherheitsangestellter attestierten die berichtenden Ärzte folgende Arbeitsunfähigkeiten: 100 % vom 11. Juli bis 4. September 2012, 50 % vom 5. bis 30. September 2012, 100 % ab 1. Oktober 2012. Prognostisch gingen sie von einer 4- bis 6-monatigen Behandlungsdauer bis zur Remission aus

(Bericht vom 16. Oktober 2012 an den Krankentaggeldversicherer, Urk. 10/17/2-5). 3.3

Vom 8. April bis zum 28. Juni 2013 fand das Belastbarkeitstraining bei der Y.____ statt. Laut Bericht der Institution vom 28. Juni 2013 (Urk. 10/40) erreichte der Beschwerdeführer die angestrebte Präsenzzeit von vier Stunden täglich. Er sei fähig und bereit gewesen, sich zu reflektieren und zu hinterfragen. Es habe ihm aber zeitweise noch Mühe bereitet, über sein Befinden und seine Wünsche Auskunft zu geben. Rückmeldungen und Anregungen habe er konstruktiv entgegen genommen. Er habe rasch Kontakt zu anderen Mandanten aufgenommen, sich für ihre Lebenssituationen, ihr Befinden und ihre Entwicklung interessiert und sich anderen gegenüber hilfsbereit

gezeigt. Er verfüge über gute kognitive Kompetenzen. Bei der Arbeit sei eine noch verlangsamte Verarbeitung von Informationen und Umsetzung von Arbeitsanweisungen zu beobachten gewesen. Hier bedürfe es eines weiteren Aufbaus der Konzentrations- und mentalen Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer

habe genau gearbeitet und seine Arbeits- und Entwicklungsschritte

dokumentiert. Hier gelte es, die Produktivität weiter zu erhöhen und das Zeitmanagement zu verbessern. Schliesslich sei der Beschwerdeführer bereit gewesen, Anstrengungen auf sich zu nehmen und habe sich bemüht, das Training erfolgreich zu absolvieren. 3.4

Im Bericht vom 26. Juli 2013 (Urk. 10/42) stellten die behandelnden Ärzte der A.____

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - V.a. schizotype Störung (ICD-10 F21), ED 2013 - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen

(Verschuldung und Messie -Syndrom; ICD-10 Z59) - aktenanamnestisch intermittierende belastungsabhängige Polyarthralgien - aktenanamnestisch chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom - aktenanamnestisch Vitamin-D Mangel, substituiert - Hypothyreose, substituiert (ICD-10 E05.9) Folgenden weiteren Diagnosen massen sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 2) : - Anamnestisch St.n . Chlamydieninfektion , 2009 - Anamnestisch St.n . Condylomata

acuminata , 2009

Weiter führten sie aus, die Untersuchungsergebnisse der neuropsychologischen Testung hätten leichte bis mittelgradige Beeinträchtigungen in Teilbereichen der Exekutivfunktionen gezeigt. Diese hätten sich in verlangsamtem Ein- und Umstellen auf eine neue Aufgabe respektive einem erschwerten Wechseln zwischen verschiedenen Aufgaben sowie der Umständlichkeit bei der Überwachung und Kontrolle einer zielgerichteten Handlung geäußert. In der Zusammenschau der erhobenen Befunde, der Vorgeschichte und des klinischen Verlaufes der letzten Monate gingen sie am ehesten von einer schizotypen

Persönlichkeitsstörung aus. Aufgrund der initial beklagten depressiven Symptome hätten sie eine medikamentöse Therapie etabliert, worunter sich eine zunehmende Stimmungsaufhellung gezeigt habe (S. 3).

Zum psychopathologischen Befund gaben sie sodann leichte Auffassungsstörungen (Konkretismus) an. Der Beschwerdeführer sei formalgedanklich umständlich, weitschweifig und teilweise danebenredend. Es bestünden teilweise lange Antwortlatenzen . Im Kontaktverhalten habe sich der Beschwerdeführer freundlich gezeigt. Der affektive Rapport sei streckenweise gut herstellbar gewesen mit teilweise auffälligem parathymem Verhalten (S. 4) .

Sodann führten die berichtenden Klinikärzte aus, gemäss ICD-10 handle es sich bei der schizotypen Persönlichkeitsstörung um eine Störung mit exzentrischem Verhalten und Anomalien des Denkens und der Stimmung, die schizophren wirkten, obwohl nie eindeutige und charakteristische schizophrene Symptome aufgetreten seien. Es kämen vor: ein kalter Affekt, Anhedonie und seltsames und exzentrisches Verhalten, Tendenz zu sozialem Rückzug, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gingen, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen, meist ohne äussere Veranlassung. Es lasse sich kein klarer Beginn feststellen. Entwicklung und Verlauf entsprächen gewöhnlich einer Persönlichkeitsstörung (S. 4).

Bei dem Beschwerdeführer sähen die berichtenden Ärzte diese Kriterien grössten teils als erfüllt an . Des Weiteren bestünden Defizite in der sozialen Interaktion, anhaltende formalgedankliche Schwierigkeiten in Form von Danebenreden , Sprunghaftigkeit sowie erhebliche Defizite, seine persönlichen und administrativen Angelegenheiten für sich und seine Tochter zu überblicken, so dass 2012 eine freiwillige Beistandschaft errichtet worden sei (S. 4; vgl . ferner Beschluss der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde B.____ vom 14. Februar 2013 , Urk. 10/23) .

Zu den Einschränkungen bei der Ausübung der bisherigen Tätigkeit nannten die Klinikärzte Defizite in der sozialen Interaktion , die anhaltenden formalgedanklichen Schwierigkeiten

in Form von Danebenreden, Sprunghaftigkeit und langen Antwortlatenzen, die deutlichen Auffälligkeiten der Auffassung (Konkretismus), der nur streckenweise herstellbare affektive Rapport, sowie das teilweise parathyme Wirken im Gespräch. Allerdings bestünden keine Anhaltspunkte für produktiv psychotisches Erleben. Diese Einschränkungen seien mit einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vereinbar (S. 5).

Schliesslich gaben sie an, während das Konzentrationsvermögen nicht eingeschränkt sei, bestehe eine leichte Einschränkung des Auffassungsvermögens. Leicht bis mittelgradig eingeschränkt seien die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit (S. 8). 3.5

Am Ende des vom 29. Juni 2013 bis 31. Januar 2014 dauernden Aufbau trainings wurden laut Bericht der Y.____ vom 13. Februar 2014 (Urk. 10/55) eine Präsenzzeit von sechs Stunden pro Tag und eine Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % erreicht. Die Energie des Beschwerdeführers habe zugenommen und er habe zunehmend präsent und aufgeschlossener gewirkt. Die weitere Stundensteigerung bis total sechs Stunden pro Tag habe der Beschwerdeführer gut bewältigen können. Zeitweise habe er die Startzeit am Morgen nicht einhalten können und sich verspätet, u.a. aufgrund der Betreuung der Tochter an einzelnen Wochentagen. So sei die Startzeit entsprechend angepasst worden, um konstante Arbeitszeiten gewährleisten zu können. Am 3. Februar 2014 habe der Beschwerdeführer

ein sechsmonatiges Arbeitstraining an einer Stelle als Mitarbeiter Hauswartung in einem Alterszentrum mit einem Startpensum von 50

% und Steigerungsmöglichkeit antreten können. 3.6

Laut Abschlussbericht vom 29. Juli 2014 der für das bis Ende Juli dauernde Arbeitstraining verantwortlichen Durchführungsstelle C.____ (Urk. 10/58), hat sich der Beschwerdeführer gut ins Team eingelebt. Nach einer Einarbeitungszeit habe er die jeden Tag wiederkehrende A-bfall tour selbständig und in einer befriedigenden Zeit erledigt. Neue Arbeitsinhalte zu erfassen und umzusetzen sei für ihn eine Herausforderung bezüglich Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer gewesen. Er habe die ihm übertragenen Aufgaben bereitwillig erledigt, jedoch sei seine Leistungsfähigkeit bezüglich seines Arbeits tempus und zum Teil auch seiner Arbeitsqualität noch nicht auf dem Niveau des ersten Arbeitsmarktes. Der Beschwerdeführer habe zum Teil leicht abwesend gewirkt und er sei manchmal durch situ ationsunangemessene Bemerkungen im Team aufgefallen. Überlegungen hinsichtlich einer beruflichen Perspektive seien für ihn im Moment eine Überforderung. Er habe auch wiederholt über Schmerzen in den Fingern (bei Büroarbeiten) oder in den Gelenken und Knien geklagt. Eine Steigerung des Pensums auf 60 %

sei möglich gewesen. Gegen Ende des Arbeitstrainings sei der Beschwerdeführer am Morgen vielfach zu spät gekommen und habe über Schlafprobleme geklagt. Momentan sei er mit der Suche nach einer Arbeit und deren Erhalt im ersten Arbeitsmarkt überfordert. Es wäre für ihn förderlich, wenn er einer Arbeit im zweiten Arbeitsmarkt nachgehen könnte, damit er die Tagesstrukturen nicht verliere und die lebenspraktischen Fertigkeiten beibehalte und weiter einübe. 3. 7

Laut Verlaufsbericht der A.____

vom 18. August 2014 (Urk. 10/63)

erhärtete sich die Verdachtsdiagnose auf eine schizotype Störung (ICD-10 F21). Im Übrigen führten die behandelnden Ärzte aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei unverändert. Prognostisch gingen sie von dauerhaften Einschränkungen aus, die mit einer Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vereinbar seien, weshalb sie eine angepasste Tätigkeit im geschützten Bereich empfahlen. 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Med. pract. D.____, Facharzt für Neurologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) nahm am 8. Oktober 2014 zur medizinischen Aktenlage Stellung (Urk. 10/70 S. 5). Dazu führte er aus, die Arbeitsunfähigkeit wegen einer Persönlichkeitsstörung sei in Anbetracht der langjährigen Berufstätigkeit nicht nachvollziehbar.

Der Versicherte arbeite seit dem 20. Lebensjahr durchgehend.

Falls eine Persönlichkeitsstörung seit 35 Jahren bestehe, so habe sie zumindest die Arbeitsfähigkeit nicht tangiert. Persönlichkeitsstörungen bestünden in der Regel seit der Kindheit/Jugend und führten immer wieder zu Problemen, was hier nicht erkennbar werde. Eine elfjährige Beschäftigung im Sicherheitsdienst wäre mit einer relevanten Persönlichkeitsstörung kaum vorstellbar gewesen. Unabhängig davon sei eine Anpassungsstörung in Folge der Kündigung mit Entwicklung einer psychischen Krisensituation nachvollziehbar. Die depressiven Symptome hätten sich offenbar verbessert. Eine depressive Störung werde im Arztbericht der A.____ bereits nicht mehr genannt. Es persistierten soziale Probleme (Verschuldung), die zu einem motivationalen Problem beziehungsweise einer dadurch bedingten Verhaltensveränderung führten. Der Zwischenbericht der Y.____ vom 10. Juni 2013 (Urk. 10/34) zeige, dass der Beschwerdeführer sein Verhalten auch anpassen könne. 3.

E. 9

In der ärztlichen Stellungnahme vom 15. Dezember 2014 (Urk. 10/78) führten die behandelnden Ärzte der A.____ auf Fragen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers aus, nach initial erfolgter diagnostischer Abklärung mittels cMRI, ausführlichen Laborkontrollen sowie zweimaliger neuropsychologischer Testung, seien sie vom Verdacht auf eine schizotype Störung (nach ICD-10 F21) ausgegangen. Die definitive Diagnose hätten sie nach diagnostischer Beurteilung im Längsschnitt über zwei Jahre entsprechend der diagnostischen Leitlinien der ICD-10 gestellt. Diese Einschätzung basiere auf ihren regelmässigen klinischen Verlaufsbewertungen im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlung. Gemäss den ICD-10

Kriterien gebe es kein beherrschendes oder typisches Merkmal der Erkrankung; jedes der folgenden könne vorhanden sein: 1. Inadäquater oder eingeschränkter Affekt (der Patient erscheine kalt und unnahbar); 2. Seltsames, exzentrisches oder eigenartiges Verhalten und Erscheinung; 3. Wenig soziale Bezüge und Tendenz zu sozialem Rückzug; 4. Seltsame Glaubensinhalte und magisches Denken, die das Verhalten beeinflussen und im Widerspruch zu (sub)kulturellen Normen stehen; 5.

Misstrauen oder paranoide Ideen ; 6. Zwanghaftes Grübeln ohne inneren Widerstand, oft mit dysmorphophoben , sexuellen oder aggressiven Inhalten; 7. Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse mit Körpergefühlstörungen oder anderen Illusionen, Depersonalisations- oder Derealisationserleben ; 8.

Denken und Sprache vage, umständlich, metaphorisch, gekünstelt, stereotyp oder anders seltsam, ohne ausgeprägte Zerfahrenheit ; 9. Gelegentlich vorübergehend e quasipsychotische Episoden mit

intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen; diese Episoden träten in allgemeinen ohne äussere Veranlassung auf . Die Störung zeige einen chronischen Verlauf mit unterschiedlicher Intensität. Um die Diagnose schizotype Störung stellen zu dürfen, sollten drei oder vier der oben aufgelisteten typischen Merkmale mindestens zwei Jahre lang ständig oder episodisch vorhanden gewesen sein. Der Beschwerdeführer erfülle die Merkmale 1, 2, 3, 5, und 8. Untermauert werde die Diagnose des Weiteren durch die erfolgte berufliche Wiedereingliederungsmassnahme der Invalidenversicherung von 2013-2014 , wo sich die krankheitsbedingten Einschränkungen und Defizite deutlich abgebildet hätten. Die Diagnose einer Anpassungsstörung sei nicht mehr aktuell. Weiter führten die Ärzte unter anderem aus, die Kriterien dafür seien zu Beginn der diagnostischen Beurteilung des Beschwerdeführers erfüllt gewesen (S. 1 und 2).

Beim Beschwerdeführer bestehe keine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F60 69, sondern eine schizotype Störung nach ICD-10 F21, welche zu den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zähle . Es sei durchaus möglich, dass die Erkrankung des Beschwerdeführers seit Jahren bestehe und die obgenannten

Einschränkungen geringer ausgeprägt gewesen seien als zum heutigen Zeitpunkt. Auch sei es denkbar, dass der Verlust des Arbeitsplatzes und die Scheidung einen zusätzlich verstärkenden Einfluss auf die krankheitsbedingten Einschränkungen und Defizite des Beschwerdeführers gehabt hätten. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sicherheitsangestellter im Nachtdienst könne durchaus zum damaligen Zeitpunkt mit der Grunderkrankung vereinbar gewesen sein, da die Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion sowie die kognitiven Defizite im Rahmen dieser Tätigkeit weniger zum Tragen kämen . Die Symptomatik sei klar der zugrundeliegenden schizotypen Störung zuzuordnen und lasse sich nicht durch „soziale Probleme“ hinreichend erklären .

Aufgrund des aktuellen Schweregrades der oben beschriebenen Beschwerden und Symptome der schizotypen Störung sei der Beschwerdeführer gegenwärtig in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 und 3) . Trotz der krankheitsbedingten Einschränkungen und Defizite empfahlen die berichtenden Ärzte , eine störungsangepasste Tätigkeit im geschützten Bereich zu erwägen. Dadurch erhofften sie sich , neben der Schaffung einer geregelten Tagesstruktur, eine zumindest leichte Verbesserung der Symptomatik zu erzielen. Prognostisch gingen sie jedoch eher von einem ungünstigen Verlauf aus und rechneten mit bleibenden Einschränkungen, die sich kaum psychotherapeutisch oder pharmakologisch modulieren liessen (S. 3). 3.

E. 10

Am 19. Januar 2015 (Urk. 10/80 S. 3 f.) nahm der RAD-Arzt Dr. D.____

dazu Stellung und führte aus, Im Bericht der A.____ vom 26. Juli 2013 heisse es, dass keine inhaltlichen Denkstörungen vorlägen. Im formalgedanklichen bestünden allenfalls lange Antwortlatenzen und Danebenreden ohne nähere Konkretisierung. Die schizophren anmutenden Anomalien des Denkens würden nicht sicher erkennbar.

Auch würden weder kalter Affekt, Anhedonie, seltsames und exzentrisches Verhalten, paranoische oder bizarre Ideen, die aber nicht bis zu eigentlichen Wahnvorstellungen gingen, zwanghaftes Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen, gelegentlich vorübergehende, quasipsychotische Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen und wahnähnlichen Ideen genannt. Sinnestäuschungen und inhaltliche Denkstörungen (Wahn) würden explizit verneint. Ein kalter Affekt sei unwahrscheinlich, da wie im Bericht angegeben „ein affektiver Rapport herstellbar war und die Stimmung euthym war“. Erkennbar werde lediglich eine Tendenz zu sozialem Rückzug, der erstens auch bei anderen psychischen Störungen auftreten könne und zweitens per se kein eindeutiges Zeichen einer Krankheit darstelle. Es gebe auch gesunde Menschen, die sozial zurückgezogen lebten. Zudem sei der soziale Rückzug nicht plausibel, da der Versicherte „rasch Kontakt zu anderen Menschen“ aufgenommen habe (siehe Y.____-Bericht vom

E. 12

Juni 20

E. 13

S. 1, 3.1). Menschen mit einer schizotypen Störung hätten in der Regel deutliche Schwierigkeiten im sozialen Kontakt. Das sei hier erkennbar nicht der Fall gewesen.

Das Kriterium einer Persönlichkeitsstörung werde nicht erfüllt. Wie bereits vor gängig erläutert (siehe RAD-Stellungnahme vom 8. Oktober 2014), habe der Versicherte seit dem 20. Lebensjahr durchgehend gearbeitet. Psychische Krisen seien nach beruflichen Schwierigkeiten aufgetreten und würden sonst nicht erkennbar. Wie bereits genannt, wäre eine 11-jährige Tätigkeit im Sicherheitsdienst bei Vorliegen von Wahnvorstellungen, zwanghaftem Grübeln, Denk- und Wahrnehmungsstörungen sowie vorübergehenden, quasipsychotischen Episoden mit intensiven Illusionen, akustischen oder anderen Halluzinationen (Kriterien der schizotypen Störung siehe oben) kaum vorstellbar gewesen.

Die Diagnose einer schizotypen Störung sei nicht nachvollziehbar und zudem zunächst als reine Verdachtsdiagnose gestellt worden. Die Diagnose werde auch nicht durch die spätere Benennung der Diagnose ohne „V.a.“ im Bericht der A.____

vom 18. August 2014 wahrscheinlicher. Die formalgedanklichen Probleme und die Parathymie rechtfertigten die Diagnose einer schizotypen Störung alleine nicht.

Falls dennoch eine jahrelange (wie dies nach den Kriterien gefordert werde) Persönlichkeitsstörung

vorgelegen habe, so habe sie die Arbeitsfähigkeit in den letzten 20 Jahren nicht tangiert. Für eine neu eingetretene darauf beruhende Arbeitsunfähigkeit müsste eine Verschlechterung der Persönlichkeitsstörung nachgewiesen werden, was medizinisch-theoretisch nicht möglich sei, da die Störungen mehr oder weniger dauerhaft in gleicher Intensität seit frühen Jahren vorlägen. Möglich wäre allenfalls eine Persönlichkeitsänderung z.B. nach Extrembelastung, die aber nicht genannt werde.

Dass der Versicherte in Folge der Kündigung eine psychische Krisensituation entwickelt habe und vorübergehend im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen arbeitsunfähig gewesen sei, bleibe nach wie vor plausibel. Die depressiven Symptome hätten sich soweit aktenkundig aber verbessert und eine weitere Arbeitsunfähigkeit sei nicht mehr plausibel. Wie bereits genannt, zeige dies auch der Y.____-Bericht.

Es finden sich darüber hinaus im Y.____-Bericht auch keine Hinweise für eine schizotypen Störung oder andere psychische Probleme. Gegenteilig habe der Versicherte „rasch Kontakt zu anderen Menschen“ aufgenommen. Er habe gute kognitive Kompetenzen gezeigt. Formalgedankliche Störungen hätten hier deutlich auffallen müssen. Gegenteilig könne er sogar über sein Verhalten gut reflektieren. Eine schizotypen Störung sei selbst bei nicht-medizinischer Beurteilung als überwiegend unwahrscheinlich anzusehen und sei kongruent (richtig wohl: inkongruent) zur Leistungsfähigkeit der letzten 20 Jahre. 3. 1 1

Den Ausführungen von Dr. D.____ entgegneten die Ärzte der A.____

in ihrer Stellungnahme vom 25. Februar 2015 (Urk. 3/4) im Wesentlichen, dass mindestens drei der Kriterien einer schizotypen Störung gemäss ICD-10 vorhanden seien: inadäquater Affekt, seltsames und eigentümliches Verhalten sowie vages und umständliches Denken. Zwar lasse sich kein eindeutiger Beginn der Störung erkennen, jedoch lägen Hinweise auf bereits in der Adoleszenz bestandene Symptome vor. Der Beschwerdeführer habe zwar über zehn Jahre im Sicherheitsdienst arbeiten können, jedoch wiederholt Reklamationen von Kunden bekommen, was schliesslich zu einer Kündigung geführt habe. Damit könne die berufliche Situation nicht als alleiniger Auslöser der Beschwerden gewertet werden. Am ehesten handle es sich um eine Exacerbation der vorhandenen Symptome bei Verlust der Arbeitsstelle, welche einen wichtigen stabilisierenden Faktor dargestellt habe. Eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik (mögliche Differenzialdiagnose gemäss RAD) erkläre nicht die psychopathologischen Auffälligkeiten, welche im Rahmen der mehrjährigen ambulanten Behandlung konsistent aufgefallen seien. Die depressiven Symptome hätten sich verbessert, dennoch bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer schizotypen Störung. Die Diagnose einer schizotypen Störung werde des Weiteren durch die erfolgten beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung von 2013 und 2014 untermauert, wo sich die krankheitsbedingten Einschränkungen und Defizite des Patienten deutlich abgebildet hätten. 3. 1 2

Am 1. Juni 2015 nahm der RAD-Arzt med. pract. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Rahmen der Vernehmlassung der Beschwerde gegnerin zur Aktenlage Stellung (Urk. 11).

Er legte detailliert dar, wieso sich seiner Meinung nach für die von den Ärzten der A.____ als erfüllt genannten Kriterien nach ICD-10 [siehe oben E. 3.9] keine eindeutigen Belege/Befunde fänden. Ausserdem fand er, dass die behandelnden Ärzte die psychosozialen Belastungsfaktoren zwar erwähnt, aber deren Einflüsse nicht erörtert hätten. Weiter führte er aus, die Berichte der Y.____ und von C.____, erhellten die reale Lage. Die Y.____ berichte am 13. Februar 20

E. 14

[Urk. 10/58; E. 3.6], der Beschwerdeführer habe sich,

anfänglich sehr zurückhaltend ,

doch gut ins Team eingelebt . Trotzdem sei er manchmal durch situationsunangemessene Bemerkungen im Team aufgefallen . Auch hier erfülle

der Beschwerdeführer nicht das ICD- 10-Kriterium. Der Lebenslauf zeige ein jahrelanges gutes Funktionsniveau, häufige Aus- und Weiterbildungen, und eine jahrelange Berufstätigkeit als Sicherheitsangestellter von 2001 bis 2012. Das Standortgespräch am 16.

Januar 2013 [Urk. 10/11]

erwähne ein administratives Chaos, aber kein Messie -Syndrom :

„ Anfänglich schwierige Situation, da der Versicherte kaum zugänglich war und kein Wort sprach . Es konnte

nun jedoch ein gutes Verhältnis aufgebaut werden “ . Auch diese Schilderung spreche gegen eine schizotypen Störung. Aus psychiatrischer Sicht sei daher den Anmerkungen des Neurologen D.____ zuzustimmen. 4. 4.1

Im Vordergrund steht somit die Streitfrage, ob beim Beschwerdeführer überhaupt ein versicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden (eine schizotypen Störung; ICD-10 F21) vorliegt oder nicht. Je nach Beantwortung dieser streitentscheidenden Frage attestieren die involvierten Fachärzte auch eine Arbeitsunfähigkeit oder verneinen eine solche.

Den oben wiedergegebenen Akten lassen sich nun zwar gewisse Hinweise, jedoch nicht genügend Angaben entnehmen, um die Zuverlässigkeit der von den behandelnden Ärzten der A.____ attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beziehungsweise den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Problematik aus rechtlicher Sicht beurteilen zu können.

Zwar können dem Lebenslauf und dem Verhalten des Beschwerdeführers seit der Dekompensation Ende Juni 2012 Hinweise auf eine mögliche psychiatrische Pathologie erblickt werden, die ihn trotz Aufbietung allen guten Willens an der Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hindert. Zu bemerken ist hier insbesondere, dass der Beschwerdeführer gemäss der Einschätzung der behandelnden Ärzte sowie der an der beruflichen Eingliederung beteiligten Durchführungsstellen bei Abschluss der über ein Jahr dauernden Massnahme trotz dessen motivierter Mitwirkung die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht wiederzuerlangen vermochte. Weiter spricht das vorsichtige Vorgehen der behandelnden Ärzte bei der Diagnostizierung einer schizotypen Störung nach Abschluss weiterer in Frage kommender Diagnosen eher für die Zuverlässigkeit der in der A.____ vorgenommenen Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (vgl. die Stellungnahmen vom 15. Dezember 2014 und 25. Februar 2015, Urk. 10/78 und Urk. 3/4; E. 3.9 und E. 3.11).

Jedoch lassen sich weder den Berichten der A.____

noch denjenigen der

Y.____ sowie der C.____ , schwerwiegende Befunde, beziehungsweise Auffälligkeiten entnehmen , welche eine

schizotypen Störung (ICD-10 F21) und eine daraus resultierende

Arbeit sunfähigkeit für das Gericht nachvollziehbar zu begründen vermögen. Mit Bezug auf die Zeit vor der Dekompensation Ende Juni 2012 sprechen sodann sowohl das über zehnjährige Arbeitsverhältnis mit der Z.____ als auch zwei mehrjährige Ehen (vgl. Scheidungsurteile vom 23. August 2001 und 5. Juli 2011, Urk. 10/1 und Urk. 10/4) gegen eine schwere psychische Symptomatik. Weiter scheinen invaliditätsfremde Faktoren , so z.B. die Betreuung der Tochter

(oben E. 3.5) voran liegen , welche sich negativ auf die zuverlässige Ausübung einer Erwerbstätigkeit auszuwirken scheinen.

Sodann fehlen Angaben zum genauen Inhalt der seit Juli 2012 in der A.____

durch geführten Therapie und zur Kooperation des Beschwerdeführers. Unter diesen Umständen erlaubt das Ausbleiben eines durchschlagenden Erfolg s der bisherigen therapeutischen Massnahmen keine Rückschlüsse auf den Schwere grad der psychischen Störung. Andererseits weist die kontinuierliche Inan spruchnahme von therapeutischen Optionen durch den Beschwerdeführer auf einen tatsächlichen Leidensdruck hin.

Unter diesen Umständen vermag die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfä higkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zu überzeugen. 4. 2

Demgegenüber ist b ei der Würdigung der Stellungnahmen des Neurologen Dr. D.____ sowie des Psychiater s

med. pract . E.____

zu berücksichtigen, dass interne Berichte des RAD eine andere Funktion als medizinische Gutachten (Art. 44 ATSG) oder Untersuchungsberichte des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) haben. Zu deren Verfassung erheben die RAD-Ärzte nicht selber medizinische Befunde, sondern setzen sich mit den vorhandenen Unterlagen auseinander. Die Funktion dieser Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfe stellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben den medizini schen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (Bundesgerichtsurteil 9C_692/2014 vom 22. Januar 2015 E. 3.3 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist mit jenem externer medizinischer Sachver ständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen

zu denen die RAD-Berichte gehören

nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Im vorliegenden Fall lagen den Stellungnahmen der RAD-Ärzt e

die medizinischen Berichte der A.____ sowie die Berichterstattung über den Verlauf der Eingliederungsmassnahmen vor. Weder wurde eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers im RAD durchgeführt noch wurden fremdanamnestiche Auskünfte eingeholt. Die im Rahmen einer mehrjährigen psychiatrischen Behandlung beziehungsweise der einjährigen beruflichen Eingliederungsmassnahmen festgestellten Symptome und Einschränkungen des Beschwerdeführers sind allerdings grundsätzlich geeignet, gewisse Zweifel an der Verneinung eines relevanten Gesundheitsschadens zu wecken. Unter diesen Umständen wäre

der RAD gehalten gewesen, zusätzliche (externe) psychiatrische Abklärungen zu empfehlen oder den Beschwerdeführer

(zumindest) persönlich zu untersuchen. Die zu abweichenden Schlussfolgerungen führenden Stellungnahmen beruhen weder auf der Würdigung eines umfassend abgeklärten Sachverhaltes noch auf den Befunden einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers, weshalb allein darauf ebenfalls nicht abgestellt werden darf. 4.3

Aus dem Gesagten folgt, dass die vorliegenden medizinischen Akten keine hinreichende beziehungsweise rechtsgenügende Grundlage zur Klärung der streitentscheidenden medizinischen Diagnose beziehungsweise der Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers darstellen. Die Sache erweist sich demzufolge als nicht spruchreif und ist daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Februar 2015 (Urk. 2) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die notwendigen Abklärungen in Form eines psychiatrischen Gutachtens

veranlasse und hier nach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 2. Februar 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Swiss Life, General- Guisan -Quai 40, 8022 Zürich sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubMeier-Wiesner

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