

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00309 vom 7. Juli 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00309

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00309 du 7 juillet 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00309 del 7 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

7. September 2013 unter Hinweis auf eine seit 2004 bestehende chronisch rezidivierende Depression (ICD-10 F33.2), im September 2003 erlittene Herzinfarkte und auf eine aufgrund eines Aneurysmas im September 2003 benötigte neue Aorta bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/14 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte einen Abklärungsbefund für Selbständigerwerbende (Urk. 7/30) ein. Am 6. Januar 2015 auferlegte sie dem Versicherten eine Schadenminderungspflicht (Urk. 7/32).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/33, Urk. 7/38) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. Februar 2015 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/40 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.2.2

mit Hinweis); es genügt nicht, wenn es sich nur um eine ganz untergeordnete Teilursache handelt (nicht veröffentlichtes Urteil des Bundesgerichts I 130/93 vom 29. August 1994). Mit dem Erfordernis des Krankheitswerts einer allfälligen verursachenden psychischen Krankheit wird verlangt, dass diese die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit einschränkt (BGE 99 V 28 E. 2; Urteil des Bundesgerichts I 940/05 vom 10. März 2006 E. 2.2; erwähntes Urteil I 758/01 E. 3.1). Wenn der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Alkoholsucht und krankheitswertigem psychischem Gesundheitsschaden besteht, sind für die Frage der noch zumutbaren Erwerbstätigkeit die psychischen und die suchtbedingten Beeinträchtigungen gesamt haft zu berücksichtigen. Um diese Frage beantworten zu können, sind Verwaltung und Gericht auf möglichst detaillierte medizinische Auskünfte über die Verhältnisse zur Zeit der Entstehung der Alkoholsucht auf der einen und der allfälligen psychiatrischen Komorbidität auf der andern Seite sowie über den allfälligen ursächlichen Zusammenhang zwischen den beiden Aspekten angewiesen (vgl. zur Bedeutung medizinischer Auskünfte zur Bestimmung der Invalidität BGE 115 V 133 E. 2; BGE 124 V 265 E. 3c mit Hinweis, 99 V 28 E. 2; SVR 2001 IV Nr.

3 S.

7 E.

2b; AHI 2002 S.

30 E.

2a, 2001 S. 228 f. E.

2b mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts I 169/06 vom 8. August 2006 E. 2.2 und 4.2 mit Hinweisen und 8C_672/2010 vom 27. September 2010 E. 2).

E. 1.3

Alkoholismus (wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit) begründet für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Vielmehr wird er in der Invalidenversicherung rechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteil des Bundesgerichts 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 2). Dabei ist das gesamte für die Alkoholsucht massgebende Ursachen- und Folgespektrum in eine Gesamtwürdigung einzubeziehen, was impliziert, dass einer allfälligen Wechselwirkung zwischen Sucht mittelabhängigkeit und psychischer Begleiterkrankung Rechnung zu tragen ist (Urteile des Bundesgerichts I 758/01 vom 5. November 2002 E.

3.2, und I 390/01 vom 19. Juni 2002

E.

2b). Was die krankheitsbedingten Ursachen der Alkoholsucht betrifft, ist für die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der Abhängigkeit erforderlich, dass dem Alkoholismus eine ausreichend schwere und ihrer Natur nach für die Entwicklung einer Suchtkrankheit geeignete Gesundheitsstörung zugrunde liegt, welche zumindest eine erhebliche Teilursache der Alkoholsucht darstellt (Urteil des Bundesgerichts I 192/02 vom 23. Oktober 2002 E.

E. 1.4

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

über die Invalidenversicherung; IVG)).

E. 1.5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum

Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

Der Einkommensvergleich hat auch bei Selbständigerwerbenden in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen. Der grundsätzliche Unterschied des ausserordentlichen Bemessungsverfahrens zur spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG) besteht darin, dass die Invalidität nicht unmittelbar nach Massgabe des Betätigungsvergleichs als solchen bemessen wird. Viel mehr ist zunächst anhand des Betätigungsvergleichs die leidensbedingte Behinderung festzustellen; sodann ist aber diese im Hinblick auf ihre erwerbliche Auswirkung besonders zu gewichten. Eine bestimmte Einschränkung im funktionellen Leistungsvermögen einer erwerbstätigen Person kann zwar, muss aber nicht notwendigerweise eine Erwerbseinbusse gleichen Umfangs zur Folge haben. Wollte man bei Erwerbstätigen ausschliesslich auf das Ergebnis des Betätigungsvergleichs abstellen, so wäre der gesetzliche Grundsatz verletzt, wonach bei dieser Kategorie von Versicherten die Invalidität nach Massgabe der Erwerbsunfähigkeit zu bestimmen ist (ausserordentliches Bemessungsverfahren; BGE 128 V 29 E.

1; AHI 1998 S.

120 E.

1a und S.

252 E.

2b je mit Hinweisen). Die ausserordentliche Bemessungsmethode des erwerblich gewichteten Betätigungsvergleichs unterscheidet sich von der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs Unselbständigerwerbender gerade dadurch, dass bei der Einkommensermittlung nicht auf die LSE abgestellt wird, sondern deren Festsetzung unter Berücksichtigung der einzelfallbezogenen Kriterien (Betriebsgrösse, Branche, Erfahrung des Betriebsinhabers, etc.) zu erfolgen hat (Urteil des Bundesgerichts I 707/06 vom 9. Juli 2007 E. 3.3.1 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung kann die Aufnahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit als zumutbar erscheinen, wenn davon eine bessere erwerbliche Verwertung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann und der berufliche Wechsel unter Berücksichtigung der gesamten Umstände (Alter, Aktivitätsdauer, Ausbildung, Art der bisherigen Tätigkeit,

persönliche Lebensumstände) als zumutbar erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen auf Urteile I

116/03 vom 10.

November 2003 E.

3.1 und I

145/01 vom 12.

September 2001 E.

2b).

E. 1.7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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

E. 2

9. April 2015 (Urk.

E. 2.1

, S.

4 Ziff. 4-5, S. 6 Ziff. 7) .

Auch sei die Annahme, es lägen gut behandelbare Befunde vor, unzutreffend. Der psychiatrische Gutachter habe ausgeführt, dass bei einer chronifizierten de pressi ven Störung therapeutische Massnahmen zu keiner nachhaltigen Verbes serung des Gesundheitszustandes mehr führten. Diese Auffassung werde von den be han delnden Ärzten und auch vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) geteilt . Auch sei nicht zutreffend, dass die I ntensivierung der Psychotherapie bei seiner chronifizierten Krankheit sinnvoll sei (S.

3 Ziff.

E. 2.2

und Ziff. 3). Er habe vom 1 2. bis 2 9. Januar 2015 einen Alkoholentzug durchgeführt und trinke nun keinen Alkohol mehr (S. 5 Ziff. 5.5). Weiter liege auch aus somatischen Grün den eine Leistungseinschränkung vor (S. 6 Ziff. 6). Beim Einkommensvergleich könne

sodann nicht auf die Buchhaltung abgestützt werden, sondern das Invaliden ein kommen müsse medizinisch-theoretisch ermittelt werden (S. 6 Ziff. 9.1-2).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneint hat. 3. 3. 1

Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, nannte in seinem zu Händen der Basler Leben AG erstellten psychiatrischen Gutachten vom 9. Juli 2013 (Urk. 7/13) als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige Episode mit somatischen Symptomen, ICD-10 F33.11 (S. 8 Ziff. 5.1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Alkoholabhängigkeitssyndrom bei ständigem Substanzgebrauch, ICD-10 F10.25 (S.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 29. Mai 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Unter Berücksichtigung der Grundsätze ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzu sprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. Februar 2015 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. März 2014 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube -
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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

E. 8

Ziff. 5.2).

Dr. Y. ___ führte aus, d er Beschwerdeführer leide unter psychischen Problemen mit Krankheitswert (S.

E. 9

f. Ziff. 7).

Die bisherige Tätigkeit könne der Explorand aus psychiatrischer Sicht weiterhin noch zu 50 % ausüben (S. 10 Ziff. 11).

Es lägen keine sekundären invaliditätsfremden Faktoren vor, welche die Arbeits fähigkeit beeinflussten (S. 10 Ziff. 9).

Der Explorand stehe seit dem 5. April 2005 unter antidepressiver Behandlung. Seit Zustand habe sich unter der etablierten Psychopharmakotherapie auch subjektiv gebessert un d damit bestehe kein Zweifel an der Medikamenten-Com pliance. Der Medikamentenspiegel sei jedoch nie bestimmt worden (S. 9 Ziff. 6).

Die etablierten therapeutischen Massnahmen seien als fachgerecht zu betrach ten , wobei die Gesprächspsychotherapie nach Bedarf intensiviert werden könne. Bei bereits chronifizierter depressiver Störung würden intensivere therapeuti sche Mass nahmen inklusive eine stationäre Behandlung auch zu keiner nach haltigen Verbesserung des psychischen Zustandes des Exploranden führen (S.

E. 10

Ziff. 12) .

Dr. Y. ___ führte aus, er habe weder eine Unerheblichkeit noch eine Überwind barkeit oder Vortäuschung des geklagten Beschwerdebildes hinsichtlich der be ruflichen Tätigkeit feststellen können. Depressiv bedingt leide der Explorand aber unter Selbstwahrnehmungsstörungen im Sinne von sich objektiv unfähig zu fühlen (S. 10 Ziff. 13). Er nehme seine Tätigkeit je nach zirkadianen Tages schwankungen im Rahmen der depressiven Störung auf und arbeite aus schliess lich nachmittags (S. 10 f. Ziff. 14). Es sei nicht mehr mit einer Verbes erung der 50%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen, es könne aber von der Erhal tung der 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 11 Ziff. 15). 3. 2

Dr. med. Z. ___ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 1 7. Oktober 2013 (Urk. 7/24) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1) :

- langjähriger chronischer Aethylabusus , unklar seit wann bestehend - rezidivierende depressive Episoden zum Teil reaktiv nach eigenen soma tischen Akuterkrankungen oder

Erkrankungen der Ehefrau mit jeweils stark reduzierter Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, bestehend seit 2004 - chronisch äthylische Pankreatitis, bestehend seit Mai 2013

Dr. Z. ___ nannte als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der Hauptsache eine koronare 3-Gefäss-Herzkrankung, eine Hypercholesterinämie und arterielle Hypertonie, einen persistierenden Nikotinabusus, einen Status nach infrarenalem Bauchortenaneurysma 2008 mit dringlicher Operation, und einen Status nach dreimaligen Episoden mit rechtsseitigen Beinparalysen im April 2012 mit fachärztlicher neurologischer Abklärung und Schädel-MRI ohne Nachweis von Raumforderungen, aber mit Verdacht auf zentrale Pontine

Myelolyse in Folge des Aethylabusus (Ziff. 1.1).

Dr. Z. ___ führte aus, der Beschwerdeführer werde seit 2003 durch ihn hausärztlich betreut (Ziff. 1.2).

Die Arbeitsunfähigkeit liege bei 75 %, wobei sehr schwierig zu beziffern sei, ob bei Wegfall des Aethylabusus nach einem allfällig erfolgreichen stationären Entzug, tatsächlich mit einer gesteigerten Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne, da der Patient gemäss seinen Informationen bereits langjähriger Bezüger von Taggeldleistungen in diesem Umfang sei (Ziff. 1.6).

Aufgrund der zahlreichen Erkrankungen bestünden massive Einschränkungen der körperlich-geistigen psychischen Leistungsfähigkeit. Ein Grossteil der Einschränkungen sei aber derzeit durch den Alkoholabusus und die damit verbundene massive Dekonditionierung bedingt (Ziff. 1.7).

Der Patient sei aktuell im Wesentlichen durch seine Alkoholkrankung gekennzeichnet. Ohne eine konsequente Alkoholabstinenz wahrscheinlich im Rahmen einer stationären Entzugsbehandlung sei eine schlechte Prognose zu stellen (Ziff. 1.4). Die letzte Behandlung sei am 13. September 2013 zur Nachkontrolle nach Commotio cerebri vom 7. September 2013 bei einem Sturz in stark äthylisiertem Zustand erfolgt. Die letzte Konsultation sei am 26. November 2013 erfolgt. Der Beschwerdeführer habe aufgrund von Belastungsfaktoren (Hospitalisation der Ehefrau) wieder grössere Mengen Alkohol konsumiert als zuvor. Einen stationären Alkoholentzug wolle der Beschwerdeführer derzeit wegen der Erkrankung der Ehefrau nicht antreten (Ziff. 1.5).

3.3

Dr. med. A. ___ , Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 2. November 2013 (Urk. 7/23/5-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) :

- chronische rezidivierende Major-Depression, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.11) - sekundärer Alkoholabusus (ICD-10 F10.25) - diverse körperliche Probleme: - koronare 3-Gefässerkrankung, Status nach Myokardinfarkt am 14. September 2003, Status nach 3-fach ACBP am 22. September 2003 - Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie, Migräne - Nikotinabusus

Dr. A. ___ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Februar 2006 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 1. November 2013 erfolgt (Ziff. 1.2). In der angestammten Tätigkeit als selbständiger Inhaber eines Fotostudios im Bereich der

Werbung habe seit Februar 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorgelegen. Seit September 2012 liege die Arbeitsfähigkeit bei maximal 20 bis 30 % (Ziff. 1.6). Die Leistungsfähigkeit sei infolge Antriebsverlust, Adynamie, Verlust der Vitalität, infolge Lust- und Freudlosigkeit, fehlender Motivation, Kraft und Energie sowie depressiver Stimmung und verminderter Konzentration und Merkfähigkeit eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei noch zu maximal 20-30 % selbständig tätig, verliere aber immer mehr Kunden (Ziff. 1.7).

Dr. A.____ führte aus, es liege ein chronischer Verlauf trotz regelmässiger psychiatrischer Begleitung und Pharmakotherapie vor. Es sei kaum eine positive Auswirkung zu verzeichnen (Ziff. 1.8).

Die Depressionen hätten im Rahmen einer beruflichen Belastungssituation im Jahr 2000 begonnen. Dann habe der Beschwerdeführer im September 2003 einen Herzinfarkt erlitten und sei seit 2004 beim Hausarzt wegen Depressionen in Behandlung. Dr. A.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei nach der Chronifizierung der Depression nach Umzug des Geschäftes im Jahr 2005 und kontinuierlichem Niedergang desselben, seit dem Jahr 2006 bei ihm in Behandlung. Seit her sei es infolge der chronischen Depression zur Leistungsunfähigkeit und zum Kundenverlust gekommen. Ferner seien deswegen sekundäre Eheprobleme und ein sekundärer Alkoholabusus aufgetreten. Aktuell sei eine zusätzliche Belastung durch plötzliches Einstellen der Erwerbsunfähigkeitsrente im März 2013 und durch die Krebserkrankung der Ehefrau sowie aktuell den Verlust des letzten Grosskunden und somit weitgehendem Verlust der Erwerbsbasis gekommen. Der Beschwerdeführer habe die bisherigen Gewerberäume künden müssen und seine existenzielle Basis sei zurzeit völlig in Frage gestellt.

Dr. A.____ führte aus, es bestehe eine seit Jahren anhaltende, immer etwa gleich starke chronische Depression, schwankend zwischen bestenfalls mal leichter Symptomatik, zumeist aber mittelschwerer Symptomatik mit ausgeprägtem somatischem Syndrom. Der sekundäre Alkoholabusus sei zeitweise erheblich. Seit der Diagnose von alkoholbedingtem Hirnabbau sowie Pankreatitis habe der Beschwerdeführer jedoch seinen Konsum reduziert.

Seit September 2012 sei der Beschwerdeführer infolge der verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren (Alkoholdiagnosen, Entzug ,

Einstellung der Tagelohnzahlungen , Kundenverluste, Krebserkrankung der Ehefrau, etc.) andauernd depressiv, zumeist mittelschwer.

Das klinische Bild im Längsverlauf habe schon lange nicht mehr eine Leistungsfähigkeit von 50 % (wie vom Gutachter behauptet), sondern eine seit mindestens Sommer andauernde Leistungsfähigkeit von maximal etwa 20 bis 30 % gezeigt. Aufgrund des Langzeitverlaufs sei auch weiterhin von einer chronischen Depression auszugehen, mit relativ geringen rezidivierenden Schwankungen aufgrund von psychosozialen Belastungen. Die Leistungs- und Erwerbsfähigkeit werde wohl auch weiterhin bei maximal 20 bis 30 % liegen.

Der Beschwerdeführer könne aufgrund des Niedergangs seines Kundenstamms infolge seiner Krankheit immer weniger Einkommen umsetzen (Ziff. 1.4) 3.4

Dr. med. B.____ , Facharzt für Allgemeine Medizin, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 11. Dezember 2013 (Urk. 7/31/3) aus, der nun bereits 60-jährige selbständige Fotograf leide gemäss dem aktuellen, vollständigen und schlüssigen psychiatrischen

Gutachten von Dr. Y.____ zuhanden des Taggeldversicherers sowie dem Bericht des langjährig behandelnden Psychiaters

Dr. A.____ an einer mittelgradigen rezidivierenden Störung. Diese Diagnose habe Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein sekundäres Alkoholabhängigkeitssyndrom und ein somatisches Syndrom genannt worden. Es bestehe ein verminderter Antrieb. Seit Juni 2007 sei der Beschwerdeführer in jeder Erwerbstätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Eine Schadenminderungspflicht sei nicht aufzuerlegen, da der Beschwerdeführer angemessen behandelt sei. Die Prognose sei seit Jahren stabil. 3. 5

In seinem Verlaufsbericht vom 7. November 2014 (Urk. 7/29) führte Dr. Z.____ aus, seit seinem Bericht vom 17. Oktober 2013 habe sich bezüglich der erwähnten Diagnosen nichts geändert. Er habe den Patienten seither mehrfach im Zusammenhang mit dem chronischen Alkoholabusus gesehen, wobei er insbesondere Ende November 2013 eine desolante Situation mit Erkrankung der Ehefrau, Wasserschaden im Keller, vermehrten Bauchschmerzen im Sinne einer Pankreatitis und vermehrtem Alkoholabusus geschildert habe. Einen vorgeschlagenen Alkoholentzug habe der Patient weder Ende November 2013 noch anlässlich der nächsten Konsultation am 21. Januar 2013 antreten wollen (S.

1). Dr. Z.____ führte abschliessend aus, aufgrund des fortgesetzten Alkoholabusus mit den typischen Begleitereignissen und Begleiterkrankungen habe sich an seiner Prognose vom Oktober 2013 nichts geändert. Auch äussere er sich bezüglich Empfehlungen für die zukünftige Therapie sowie bezüglich der Arbeitsunfähigkeit unverändert (S. 2). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in Abweichung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.____ vom Juli 2013 (vorstehend E. 3.1), zur Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. A.____ vom November 2013 (vorstehend E. 3.3) und zu derjenigen des RAD (vorstehend E. 3.4)

das Vorliegen eines erheblichen Gesundheitsschadens, indem sie die psychischen Beschwerden als gut behandelbar und soziale Belastungsfaktoren als im Vordergrund stehend ansah (vorstehend E. 2.1). 4.2

Dieser Standpunkt vermag jedoch aus den darzulegenden Gründen nicht zu überzeugen. Zum einen erfüllt das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ vom Juli 2013 die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.7), indem es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandersetzt. Zudem erging es in Kenntnis der Vorakten, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten sind begründet. Zum anderen ergab die übrige medizinische Aktenlage keinerlei Anhaltspunkte dafür, an der Einschätzung von Dr. Y.____ zu zweifeln.

Dr. Y.____ liess den Alkoholkonsum des Beschwerdeführers und die dadurch verursachten Einschränkungen nicht in seine Bewertung der Arbeitsfähigkeit einfließen, obwohl sich gemäss den Berichten des behandelnden Hausarztes Dr. Z.____ vom Oktober 2013 und November 2014 (vorstehend E. 3.2 und E. 3.5) eine massive Problematik abzeichnete,

was sich angesichts des zwischenzeitlichen eingetretenen Abstinenz (Urk. 1 S. 5, Urk. 9 S. 4) jedoch aus invaliden verfassungsrechtlicher Sicht als korrekt erwies (vorstehend E.

1.3) . Dementsprechend hoch fiel auch die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Hausarzt aus.

Sowohl Dr. Y.____ als auch der behandelnde Psychiater Dr. A.____ bestätigten eine Chronifizierung der depressiven Erkrankung, welche therapeutisch schwer zu beeinflussen sei. Der trotz langjähriger fachärztlicher Behandlung chronifizierte

Verlauf ergibt sich auch ohne weiteres aus der verschiedentlich wiedergegebenen Anamnese. Dass die Beschwerdegegnerin nun entgegen den fachärztlichen Einschätzungen bei jahrelanger wenig erfolgsgeprägten

psychiatrischer Begleitung und Pharmakotherapie von einem gut behandelbaren Leiden ausgeht, vermag nicht zu überzeugen.

Weiter verneinte sie einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden unter Hinweis auf zweifelsohne vorliegende psychosoziale Belastungsfaktoren .

Dem Gutachten von Dr. Y.____ ist jedoch ausdrücklich zu entnehmen, dass er diese bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht miteinbezog respektive für die Arbeitsunfähigkeit unbeachtlich befand . Dr. Y.____ führte die generelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % allein auf das chronifizierte depressive Leiden zurück. Damit geht auch die etwas tiefer ausgefallene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des behandelnden Psychiaters Dr. A.____ einher, da sich

s einem Bericht vom November 2013 (vorstehend E. 3.3) nicht entnehmen lässt, inwiefern er bei

seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit die psychosoziale Belastungssituation und die Alkoholproblematik miteinbezog. Hingegen geht aus seiner aufgeführten Anamnese deutlich hervor, dass der Verlust des Kundenstammes und damit der Erwerbsmöglichkeit durch die depressive Leistungsunfähigkeit bedingt waren , welches in der weiteren Folge Eheprobleme und den Alkoholkonsum nach sich zog.

Dr. A.____

ging aufgrund des Langzeitverlaufes vom Vorliegen einer chronischen

Depression aus , mit relativ geringen Schwankungen aufgrund von psychosozialen Belastungen. Damit machte

er deutlich , dass das depressive Leiden hauptsächlich unabhängig von der psychosozialen Belastungssituation besteht .

Zusammenfassend lässt sich die Einschätzung der Beschwerdegegnerin nicht mit der medizinischen Aktenlage vereinen. So kann weder bei einem derart chronifizierten Verlauf von einer guten Behandelbarkeit des Leidens gesprochen werden, noch kann trotz psychosozialer Belastungssituation vorliegend ein Leiden mit Krankheitswert verneint werden. 4.3

Im Ergebnis ist auf das Gutachten von Dr. Y.____

vom Juli 2013 abzustellen und der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer

seit 2007 sowohl in der angestammten als auch in jeder sei nem Leiden angepassten Tätigkeit lediglich zu 50 % arbeitsfähig ist . 5.

5.1

Da sich die Beschwerden auf die angestammte und jede angepasste Tätigkeit in gleichem Masse auswirken, ergibt sich der Invaliditätsgrad aus der Einschränkung des noch möglichen Arbeitspensums. 5.2

Gestützt auf die Beurteilung von Dr. Y.____ ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der chronifizierten depressiven Symptomatik in der angestammten und auch in jeder angepassten Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig ist (vorstehend E. 4.3). Der Invaliditätsgrad ist demnach auf 50 % festzusetzen, was einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung begründet (vorstehend E. 1. 4).

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches nach Art. 29

Abs. 1 ATSG. Da sich der Beschwerdeführer am 17. September 2013 zum Leistungsbezug anmeldete, ist der Zeitpunkt des Rentenbeginns der 1. März 2014 . 5.3

Demnach besteht ab 1. März 2014 ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente, weshalb in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 23. Februar 2015 (Urk. 2) aufzuheben und festzustellen ist, dass ab dem 1. März 2014 ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung besteht. 6.

6.1

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 IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

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