

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01276 vom 8. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01276

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01276 du 8 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01276 del 8 marzo 2016

Erwägungen

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).

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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 IVG).

E. 1.3

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.

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 2

Ziff.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 9. November 2015 (Urk. 2) gestützt auf ihre Abklärungen davon aus, dass aus psychiatrischer Sicht zwar Einschränkungen bestünden, diese jedoch auf psychosoziale Faktoren zurück zu führen seien. Aus somatischer Sicht liege keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer sei lediglich in Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen, auf Leitern und Gerüsten und in anderen Gefahrenbereichen eingeschränkt. Seine bisherige Tätigkeit könne er jedoch weiterhin ausüben (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass er aus psychiatrischer Sicht auch in der zwischenzeitlich ausgeübten Tätigkeit als Hauswart/Allrounder sowie in jeder anderen angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig sei. Die psychiatrischen Befunde, welche sich auf Testresultate stützen würden, hätten laut Beurteilung der Fachärzte Auswirkung auf seine Belastbarkeit. Somit liege ein invalidisierender Gesundheitsschaden vor, welcher einen Anspruch auf Invalidenleistungen begründe (S. 9). Es werde bestritten, dass er über ausreichend Ressourcen verfüge. Im Gegenteil

seien sämtliche Arbeitsversuche gescheitert. Es mangle konkret aus gesundheitlichen Gründen an der Eingliederungsfähigkeit (S. 9 unten). Die Aussage der Beschwerdegegnerin, wonach die Diagnosen überwindbar seien, da die Symptomatik nicht in allen Lebensbereichen ausgeprägt sei, sei nicht nachvollziehbar (S. 10). Da es der Beschwerdegegnerin nicht gelinge, begründete Zweifel gegen das MEDAS-Gutachten vom 16. Juni 2015 zu erheben, sei aufgrund der fachärztlichen Konsiliarbeurteilung eine 70%ige Erwerbsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszuweisen (S. 11).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit

die Arbeitsfähigkeit sowie ein allfälliger Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente.

3. 3.1

Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 27. Februar 2013 (Urk. 7/11/5-9) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Status nach Erschöpfungsdepression 2006 (ICD-10 F32.11) - erneute psychophysische Dekompensation 2010 unter anhaltender psychosozialer Belastung (aktuell ICD-10 F33.00) - chronische therapieresistente Schlafstörung (ICD-10 F51.0) bei Restless - Legs -Syndrom mit - Status nach chronischer Dormicum -Einnahme bis 2012, aktuell regelmässige Seresta forte-Einnahme (ICD-10 F19.1) - posttraumatische Persönlichkeitsveränderung (ICD-10 F62.0) - unklare Verwirrtheits- und Amnesiezustände : Differentialdiagnose (DD) medikamentös, dissoziativ, epileptisch, respektive Verdacht auf transitorische ischämische Attacke im vertebro-basilären Stromgebiet, DD Dormicum indiziert, epileptisch, weiterhin unklar

Sie führte aus, dass sie den Beschwerdeführer von Mai 2006 bis August 2010 behandelt habe und nun seit Februar 2012 wieder behandle (S.

1 Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer liebt Herausforderungen, habe hierbei den Eindruck, sich erst dann zu entwickeln. Er sei jedoch deswegen seit langem überfordert in einer ausgesprochen schwierigen Belastungssituation. Er stehe enorm unter Druck, sei häufig unruhig und getrieben, gelegentlich eher zurückgezogen wirkend, resigniert, müde und erschöpft. Unter Verbesserung der finanziellen und sozialen Situation könne mittelfristig vermutlich eine Beruhigung eintreten. Eine Rückkehr in den ursprünglichen Arbeitsbereich sei wiederholt versucht worden und sei leider nicht mehr möglich (S. 2 Ziff. 1.4). Aktuell fänden entsprechend dem Befinden eine sozialpsychiatrische Begleitung und eine supportive Therapie statt. Das Setting sei lange wöchentlich gewesen, seit der Besserung nun in vierzehntäglichen bis einmonatigen Abständen (S.

3 Ziff. 1.5). Im Jahre 2000, im Jahre 2006 bis Mai sowie von Januar 2012 bis August 2012 habe für die angepasste Tätigkeit als Projektleiter im IT-Bereich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S.

3 Ziff. 1.6). Es bestünden intermittierend unklare Bewusstseinsveränderungen (motorisch, sprachlich, kognitiv auffällig), der Ellbogen sei wegen einer chronischen Bursitis beschränkt belastbar, ausserdem bestehe eine reduzierte Belastbarkeit unter anhaltend grosser Belastung sowie eine Müdigkeit wegen der Schlaflosigkeit (S. 3 Ziff. 1.7). Es könne mittelfristig mit der Wiederaufnahme einer Tätigkeit zu 100 % im angepassten Bereich gerechnet werden (S. 4 Ziff. 1.9). 3.2

Die Ärzte der B.____ berichteten am 22. April 2014 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 11. September bis 4. Oktober 2013 (Urk. 7/62) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - psychophysische Erschöpfung - hyperkinetische Bewegungsstörung unklarer Genese - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig (ICD-10 F33.0) - Status nach Erschöpfungsdepression 2006 und 2011 - Status nach schwerer Traumatisierung in der Kindheit - Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung - chronische therapieresistente Schlafstörungen - Verdacht auf Status nach TIA im vertebrobasilären Stromgebiet am 11. Mai 2012 unklarer Genese - chronische Bursitis olecranon 2012 - Status nach SAPHO-Syndrom 2000 - Status nach Hypothyreose bei Status nach Adenom und Radioiodtherapie 2010

Sie führten aus, die Therapieziele seien die psychophysische Rekonditionierung mit Verbesserung des Schlafes, Verbesserung der Selbstsorge, Steigerung der Leistungsfähigkeit sowie das Erlernen und Anwenden von Entspannungstechniken gewesen (S.

2 oben). Beim Beschwerdeführer sei eine rezidivierende depressive Störung bekannt, bei schwerer Traumatisierung in der Kindheit, mit Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. Aktuell habe es nebst der Erschöpfung deutliche Hinweise für Kränkung, unterstützungsbedürftige Selbstsorge und Abgrenzung gegeben. Der Beschwerdeführer sei während des Aufenthaltes stets äusserst motiviert gewesen, an den Faktoren etwas zu ändern, auch wenn weiterhin sicherlich Unterstützungsbedarf bestehe (S. 2 unten). 3.3

Die Ärzte der Z.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 16. Juni 2015 (Urk. 7/123), gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) - dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, paranoiden und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 6): - Schlafapnoe-Syndrom - c chronische Insomnie unklarer Genese (ICD-10 F51.0): Differentialdiagnose (DD): im Rahmen Depression, bei periodischen Beinbewegungen im Schlaf (PLMS) - Nikotinabusus - Adipositas - Verdacht auf dissoziative Anfälle / prolongierte Zustände (ICD-10 F44.5) - Hypothyreose - hyperkinetische Bewegungsstörung / Bewegungsunruhe unklarer Genese, seit der Kindheit bestehend, intermittierend akzentuiertes Auftreten - leichte neurokognitive Störung unklarer Ätiologie - Status nach chronischer Benzodiazepineinnahme bis 2013 (ICD-10 F13.2) Sie führten aus, dass sich aus somatischer Sicht in der nächtlichen Pulsoxymetrie ein berechneter Apnoe- Hypopnoe-Index von 57/h gezeigt habe. Sollte dieses Ergebnis in einer respiratorischen Polygraphie bestätigt werden, würde dies einem schweren Befund entsprechen und könne Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit haben. Aus neurologischer Sicht sei zunächst festzuhalten, dass der Verdacht auf dissoziative Anfälle / prolongierte Zustände per se keine neurologische Diagnose sei. Sie sei jedoch zu nennen, da diskutiert werden müsse, warum vorliegend keine Epilepsie im klassischen Sinne diagnostiziert werden könne und deshalb für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers das psychiatrische Teilgutachten massgebend sei (S. 7 oben) .

Der Zustand im Mai 2012 sei primär als transitorische ischämische Attacke des vertebrobasilären Stromgebietes gewertet worden. Nachweislich sei in der damals durchgeführten Bildgebung kein Hinweis für eine frische Ischämie gesehen worden. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer lysiert worden sei, sei kein Beweis für das Vorliegen einer cerebralen Ischämie. Bei Verdacht auf Hirnstammischämie sei die Bereitschaft meist hoch, auch ohne eindeutige Hinweise für eine Ischämie und ohne ausführlichen Ausschluss anderer Differenzialdiagnosen eine Lyse (therapeutische Auflösung von Abflusshindernissen im Körper) durchzuführen. Dies nicht zuletzt aufgrund der Gefährlichkeit der Verdachtsdiagnose mit dem dazu relativ geringen Risiko einer fatalen Nebenwirkung unter Thrombolyse . Auch wenn es sich um eine TIA (transitorische ischämische Attacke) gehandelt hätte, habe der Zustand danach ohne dadurch bedingte objektivierbare klinische Ausfälle keinen Einfluss auf die generelle Arbeitsfähigkeit (S. 7 f.).

Am Vorliegen einer PMLS sowie einer rhythmischen Bewegungsstörung in der Nacht bestünden hingegen kaum Zweifel, zumal dies im Rahmen einer spezifischen Schlafdiagnostik verifiziert worden sei. Der Nachtschlaf des Beschwerdeführers sei dadurch bestimmt eingeschränkt. Eine signifikante Einschränkung bezüglich der Arbeitsfähigkeit ergebe sich daraus jedoch nicht (S. 8 oben) . Die neuropsychologischen Befunde entsprächen einer leichten neurokognitiven Störung unklarer Ätiologie. Das Ausfallprofil mit Minderleistungen des verbal-episodischen Gedächtnisses, der Gnosis und der Praxis sei hirntopographisch nicht eindeutig zuzuordnen (S. 8 unten) .

Aus psychiatrischer Sicht bestünden beim Beschwerdeführer seit langer Zeit Niedergeschlagenheit, Anhedonie und rasche Ermüdbarkeit sowie Antriebslosigkeit. Damit seien alle drei Hauptsymptome für eine depressive Episode nach ICD-10 erfüllt. An Zusatzsymptomen bestünden Störungen der Konzentration, Insuffizienzgefühle und Todesgedanken. Das Zeitkriterium von mindestens zweiwöchigem Bestehen der Symptome sei erfüllt. Demnach liege eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 vor. Dies werde durch das Ergebnis des BDI (Beck Depression Inventory) gestützt. Da der Beschwerdeführer in der Vergangenheit mehrere depressive Episoden gehabt habe, könne eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode

(ICD-10 F33.1) , diagnostiziert werden (S. 9 unten). Gemäss den Foerster - Kriterien müsse ein Einfluss der dissoziativen Amnesie auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers angenommen werden, da mit der rezidiierenden depressiven Störung eine Komorbidität von erheblicher Schwere zu grunde liege. Trotz jahrelanger konsequenter ambulanter psychiatrischer Behandlung sei es zu keiner Besserung gekommen. Die bisherigen Behandlungsversuche seien dementsprechend als frustrierend zu bewerten (S. 11 unten). Aus gesamtmedizinischer Sicht würden die psychiatrischen Befunde überwiegen und hätten eine Auswirkung auf die Belastbarkeit . Die vom Beschwerdeführer geäusserten Symptome und die in Vorbeurteilungen erhobenen Befunde liessen sich schwer einem konkreten und genau definierbarem Profil zuordnen, was die neuropsychologische und psychiatrische Beurteilung facettenreich erscheinen lasse. Zu erwähnen sei, dass relevante anderweitig Einfluss nehmende Pathologien nicht objektivierbar seien (S. 12 oben). Aus dem internmedizinischen und dem neurologischen Fachbereich lägen keine Erkrankungen vor, die die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränken würden. Aus

pneumologischer Sicht könne das Schlafapnoe-Syndrom die Leistungsfähigkeit tagsüber beeinflussen. Dieses sei jedoch in den Rahmen der neuropsychologischen und psychiatrischen Beurteilung einzuordnen, nehme hier eine untergeordnete Funktion ein und sei somit nicht relevant für eine Arbeitsunfähigkeit. Die rezidivierende depressive Störung bestehe seit mindestens 2006, ebenso wie die dissoziative Amnesie. Bei der kombinierten Persönlichkeitsstörung sei von einem Beginn in der Adoleszenz auszugehen. Vermutlich sei der Beschwerdeführer bei stabilen beruflichen und privaten Verhältnissen lange Zeit kompetent gewesen, und es sei im Rahmen des beruflichen und privaten Stress ab 2006 zu einer Dekompensation gekommen (S. 12). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit durch die Symptome der depressiven Episode deutlich beeinträchtigt. Schlafstörungen, reduzierter Antrieb, erhöhte Ermüdbarkeit, Freud- und Interessenlosigkeit führten zu mittelgradig verminderter Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit und würden in Kombination mit den Konzentrationsstörungen eine Arbeitsfähigkeit in praktisch allen Bereichen deutlich reduzieren. Die dissoziative Amnesie und die kombinierte Persönlichkeitsstörung würden durch verminderte Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit zu einer weiteren Reduktion der Arbeitsfähigkeit führen. Die Leistungen der Exekutivfunktionen sowie der übrigen geprüften kognitiven Funktionsbereiche seien mehrheitlich als unauffällig zu werten und könnten bei der Arbeitstätigkeit nutzbringend verwertet werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe als Ressource eine hohe Motivation, zu arbeiten (S. 13) . Aus psychiatrischer Sicht bestehe für die angestammte Tätigkeit in der IT-Branche durch die rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger depressiver Episode eine Arbeitsunfähigkeit von 55 % , durch die Zusatzdiagnosen ergebe sich eine gesamthafte Arbeitsunfähigkeit von 70 % . Für die Restarbeitsfähigkeit sei ein Einsatz an fünf Wochentagen mit begrenzter Stundenzahl in einem Betrieb mit klaren Strukturen ideal. Der Beschwerdeführer sei auch in der zwischenzeitlich ausgeübten Tätigkeit als Hauswart / Allrounder so wie in jeder anderen angepassten Tätigkeit / Verweistätigkeit zu 70 % arbeitsunfähig (S. 15) .

Grundsätzlich sei die Prognose angesichts der nun schon lange bestehenden rezidivierenden depressiven Störung, mit zahlreichen Episoden in den letzten Jahren, und der begleitenden Persönlichkeitsstörung eher schlecht. Die Persönlichkeitsstörung müsse als limitierender Faktor in der Behandlung der Depression und somit Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit angesehen werden. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren sei sinnvoll (S.

16).

3.4

Dipl. med. C.____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 25. Juni 2015 Stellung (Urk. 7/133/2-3) und führte aus, dass das Gutachten der Z.____ die formalen Qualitätskriterien erfülle, nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel sei. Gemäss Gutachten sei ab Januar 2012 in der angestammten Tätigkeit von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe eine 30%ige Restarbeitsfähigkeit seit Januar 2012, welche gegebenenfalls auf 50 % gesteigert werden könne bei beruflicher Unterstützung und Besserung der Depression.

3.5

Dr. A.____ berichtete am 21. November 2015 (Urk. 3/5) und führte aus, dass es im Verlauf des Frühlings 2014 zunehmend zu einer Eskalation mit dem Sozialdienst der damaligen Wohngemeinde gekommen sei. In der Zeit der Begutachtung Ende 2014/Anfang 2015 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ein wenig stabilisiert. Trotzdem hätten die Gutachter dem Beschwerdeführer eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit im angestammten wie auch im adaptierten Bereich attestiert (S.

1). Erfreulicherweise sei die psychopharmakologische Medikation nach multiplen Versuchen nun anhaltend optimiert. Grundsätzlich seien sich der psychiatrische Gutachter und sie diagnostisch völlig einig, auch wenn codierungsmässig ein Unterschied bestehe. Im angestammten und behinderungsangepassten Bereich bestehe aufgrund des ausgewiesenen psychiatrischen Beschwerdebildes bis auf weiteres nur eine stundenweise, maximal eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Die Prognose sei insgesamt eher ungünstig. Die Behandelbarkeit der rezidivierenden depressiven Störung werde durch die multiplen Comorbiditäten trotz intensiver psychiatrisch-psychotherapeutischen Bemühungen stark eingeschränkt (S. 2).

4.

E. 4

).

Unter Hinweis auf psychische Beschwerden

sowie Schlaganfälle meldete sich der Versicherte am 6. Februar 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/14-29) mit Verfügung vom 21. August 2013 einen Rentenanspruch (Urk. 7/30).

Die vom Versicherten am 23. September 2013 (Urk. 7/40/3-12) dagegen erhobene Beschwerde hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 22. September 2013 (Verfahrensnummer IV.2013.00858) in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zur erneuten Abklärung zurück gewiesen wurde (Urk. 7/43/1-4).

E. 4.1

Zu prüfen ist, ob ein eigenständiges, die Arbeitsfähigkeit einschränkendes psychisches Leiden vorliegt.

Die den Beschwerdeführer seit Mai 2006 behandelnde Psychiaterin Dr. A.____ nannte in ihrem Bericht vom 27. Februar 2013 (vgl. vorstehend E. 3.1) als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Erschöpfungsdepression, eine erneute psychophysische Dekompensation 2010, eine chronische therapieresistente Schlafstörung, eine posttraumatische Persönlichkeitsveränderung sowie unklare Verwirrtheits- und Amnesiezustände. Dr. A.____ ging aus psychiatrischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im IT-Bereich aus.

Die Gutachter der Z.____ nannten gestützt auf ihre Untersuchungen anlässlich der Begutachtung im Juni 2015 (vgl. vorstehend E. 3.3) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1), eine dissoziative Amnesie (ICD-10 F44.0) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, paranoiden und emotional instabilen Anteilen (ICD-10 F61), und führten aus, dass eine psychisch eingeschränkte Belastbarkeit bestehe.

Sie nannten eine Arbeitsunfähigkeit in

der bisherigen Tätigkeit in der IT-Branche sowie für Verweistätigkeiten von 70%.

In ihrer Stellungnahme von November 2015 (vgl. vorstehend E. 3.5) führte Dr. A.____ aus, dass sie mit dem psychiatrischen Gutachter diagnostisch grundsätzlich übereinstimme, auch wenn codierungsmässig ein Unterschied bestehe, und dass aufgrund des ausgewiesenen psychiatrischen Beschwerdebildes des Beschwerdeführers bis auf weiteres nur eine stundenweise, maximal eine 30%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

E. 4.2

mit Hinweisen).

Ausserdem kann nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung auch eine diagnostizierte mittelschwere depressive Episode eine IV rechtlich relevante Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und damit eine (Teil-)Invalidität bewirken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_890/2010 vom 20. Juni 2011 E. 5.3, Urteil 9C_1041/2010 vom 30. März 2011 E. 5.2).

E. 4.3

Für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens bedarf es grundsätzlich einer fachärztlichen Diagnose, die sich lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abstützt (BGE 130 V 396 E.

6, Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010 E.

3.2.3). Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich dabei die Verwaltung

und im Streitfall das Gericht - weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen (BGE 125 V 351 E.

3a) genügenden medizinischen Tatsachen feststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E).

E. 4.4

Die im interdisziplinären Gutachten der Z.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % für die angestammte sowie eine angepasste Tätigkeit gemäss beschriebenen Profil wurde zur Hauptsache mit den Symptomen der rezidivierenden depressiven Störung sowie in Kombination mit der dissoziativen Amnesie und der kombinierten Persönlichkeitsstörung im Sinne verminderter Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie Konzentrationsstörungen begründet. Aufgrund der Akten ist nicht ersichtlich, dass invaliditätsfremde psychosoziale und motivationale Faktoren

bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter Berücksichtigung gefunden hätten. Im psychiatrischen Teilgutachten legte die Gutachterin nachvollziehbar begründeter Weise dar, dass die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf die Schlafstörungen, den reduzierten Antrieb, die erhöhte Ermüdbarkeit, Freud- und Interesselosigkeit sowie Konzentrationsstörungen zurückzuführen sei (vgl. Urk. 7/123 S. 67 f.).

E. 4.5

% und gerundet 75 % beträgt und dem Beschwerdeführer ab dem 1. August

20

E. 4.6

Es bleibt

schliesslich anzumerken, dass selbst wenn die psychosozialen Belastungsfaktoren – Verlust der Arbeitsstelle, Ehescheidung, finanzielle Probleme - bei der Genese und der Aufrechterhaltung des depressiven Beschwerdebildes des Beschwerdeführers

mitverantwortlich sein mögen, heute klar ein verselbständigter psychiatrischer Gesundheitsschaden vorliegt. So weit die Beschwerdegegnerin argumentiert, die psychischen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers fänden in weiten Teilen ihre Erklärung in den psychosozialen Belastungsfaktoren, so kann ihr deshalb in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1.4) nicht gefolgt werden.

E. 4.7

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass beim Beschwerdeführer ein invaliden versicherungsrechtlich relevanter psychischer Gesundheitsschaden besteht und seine Arbeitsfähigkeit für die angestammte wie auch für eine angepasste Erwerbstätigkeit um insgesamt 70 % eingeschränkt ist. 5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich auswirkt.

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

Vorliegend meldete sich der Beschwerdeführer am 6. Februar 2013 zum Bezug einer Rente an (vgl. Urk. 7/8), weshalb in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG von einer Entstehung des Rentenanspruchs frühestens im August 2013 auszu gehen ist.

Für die Invaliditätsbemessung und insbesondere den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Jahre 2013 massgebend. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). 5.3

Bei der Ermittlung des ohne Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber bei sonst unveränderten Verhältnissen verdienen würde

(RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. E. 3b).

Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 135 V 59 E. 3.1). 5.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, nämlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerebenen (LSE) heran gezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E).

4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche

Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 5.5

Der Beschwerdeführer war bis 2007 als IT-Projektleiter tätig und machte sich danach als Barbetreiber selbständig, wobei er diese Tätigkeit im November 20

E. 7

) holte die IV-Stelle bei Z.____ ein poly disziplinäres Gutachten ein, das am 16. Juni 2015 erstattet wurde (Urk. 7/123). In der Folge verneinte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk.

7/134-135) mit Verfügung vom 9. November 2015 (Urk. 7/134) einen Rentenanspruch des Versicherten. 2.

Der Versicherte erhob am 10. Dezember 2015 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom

9. November 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. August 2013 mindestens eine unbefristete Viertelsrente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1), eventuell seien ihm Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. Januar 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 9. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorliegen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom

28. Juni 2012 E.

3.2 mit Hinweis). 1. 5

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 Zusammenhänge 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. 11

aufgab (vgl. Urk. 7/6 S. 2). Seit

Februar 2012 ist der Beschwerdeführer arbeitslos und wird von der Sozialhilfe unterstützt. Somit ist zu berücksichtigen, dass ein stabiles Arbeitsverhältnis bereits mehrere Jahre zurückliegt, weshalb es sich unter diesen Umständen rechtfertigt, sowohl für die Bemessung des Vali den- als auch des Invalideneinkommens auf die statistischen Werte der LSE abzustellen, wobei beide Vergleichseinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn (LSE 20 10, S. 26, Tabellengruppe TA1, Total, Männer, Anforderungsstufe 4) zu ermitteln sind. Somit kann hier von der ärztlich geschätzten Arbeits (un) fähigkeit ohne Weiteres - unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn - auf einen entsprechenden Invaliditätsgrad geschlossen und damit ein Prozentvergleich vorgenommen werden (BGE 134 V 322 E).

4.1; Urteile des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E.

3.2 und 8C_450/2014 vom 24. Juli 2014 E. 7.3).

Aufgrund des aus psychischer Sicht einschränkenden Belastungsprofils sowie der

Tatsache, dass der Beschwerdeführer nur noch teilweise erwerbstätig sein kann (vgl. BGE 126 V 75 E. 5, Urteil des Bundesgerichts 8C_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2), erscheint vorliegend ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 % als angemessen.

Folglich entspricht das mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 30 % erzielbare Invalideneinkommen 25.5 % des Valideneinkommens ($30\% \times 0.85$), womit die Einkommenseinbusse und damit der

Invaliditätsgrad 7

E. 13

eine ganze Invalidenrente zusteht (vgl. vorstehend E. 1. 2).

Mit dieser Feststellung und in Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung somit aufzuheben. 6. 6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert innerhalb des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Partei kosten . Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens be messen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend ist die Prozessentschädigung nach Ein sicht in die Honorarnote vom 4. März 2016 (Urk. 11/1-2) und

beim mass geblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- auf Fr. 1 ' 822 . 20 (inkl. Barauslagen und Mehrwert steuer) festzulegen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungs anstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 9. November 2015 aufgehoben, und es wird fest gestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. August 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'822 . 20 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 11/1-2 - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchüpbach

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