

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00135 vom 18. Oktober 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00135](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00135)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00135 du 18 octobre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00135 del 18 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1963, war bei den Musikschulen Y.\_\_\_\_

und

Z.\_\_\_\_ je in einem Teil zeit pensum als Schlagzeuglehrer ange stellt (Urk. 6/3/5 und 6/10) . Nach einem Hörtrauma am 13. September 2007 meldete er sich mit Formular vom 15. Mai 2008 wegen einer progredienten Hörstörung, Angststörung und Depression sowie eines Tinnitus bei der Sozial versicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3/6). Diese klärte die medizi nischen (Urk. 6/8, 6/11 f., 6/14/8 ff., 6/17-19, 6/31) und erwerblichen Verhältnisse (Urk. 6/10, 6/13) ab und veranlasste insbesondere ein Gutachten bei Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieses wurde am 17. Februar 2009 erstattet (Urk. 6/23) und am 24. Februar 2009 (Urk. 6/24) sowie am 1. Juli 2009 (Urk. 6/45) ergänzt. Schliesslich verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. Juli 2009 einen Rentenanspruch (Urk. 6/51). Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde (Urk. 6/55/3 ff.) unter Beilage weiterer Arztberichte (Urk. 6/55/14 f., 6/57/5). Die Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 30. November 2010 (Prozess-Nr. IV.2009.00806) in dem Sinne gut, als es die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 6/63).

Im April 2011 gab die IV-Stelle ein weiteres Gutachten bei B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag (Urk. 6/71). Dieses datiert vom 3. Januar 2012 (Urk. 6/75). Sodann verneinte sie nach einem Standortgespräch (Urk. 6/85/4) mit Mitteilung vom 29. März 2012 einen Anspruch des Versicherten auf Integrationsmassnahmen (Urk. 6/84). Weiter nahm sie im September 2012 eine Haushaltsabklärung an die Hand (Urk. 6/89, 6/90). Da der Versicherte alle Termine absagte, wurde der entsprechende Bericht am 22. Februar 2014 gestützt auf die zwischen Januar und August 2013 geführten Telefonate verfasst (Urk. 6/97). Nachdem sich der Versicherte Mitte April 2014 nach dem Verfahrensstand erkundigt hatte (Urk. 6/94), stellte ihm die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 24. April 2014 erneut die Verneinung des Rentenanspruchs in Aussicht (Urk. 6/104). Dagegen erhob er am 15. Mai 2014, vertreten durch Rechtsanwältin Sigg, Einsprache (Urk. 6/105). Im Juli 2014 wies Rechtsanwältin Sigg zudem auf eine gesundheitliche Verschlechterung hin (Urk. 6/112). Die IV-Stelle holte aktuelle Berichte bei den Behandlungspersonen ein (Urk. 6/122 und 6/129) und legte die Akten ihrem internen Rechtsdienst sowie dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vor (Urk. 6/124/2, 6/135 und Urk. 6/139). Anschliessend kündigte sie dem Ver sicherten mit neuem Vorbescheid vom 3. August 2015 eine befristete ganze Invaliden rente für den Zeitraum von September 2008 bis Mai 2009 an (Urk. 6/141) und verfügte am 17. Dezember 2015

auch in diesem Sinne (Urk. 6/152).

### **E. 1.1**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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. 1.2**

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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4. ). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 201

### **E. 1.3**

Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob 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 der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise

begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

In Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

## **E. 2**

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte am 29. Januar 2016 Beschwerde mit dem Antrag, es sei ihm eine unbefristete Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien vom Gericht weitere medizinische Abklärungen anzuordnen (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 11. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Verfügung vom 20. April 2016 gewährte das Sozialversicherungsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihm in der Person von Rechtsanwältin Sigg eine unentgeltliche Rechtsvertreterin (Urk. 10). Mit der Replik, datiert vom 23. August 2016 (Urk. 14), reichte der Versicherte eine Autismus-Spektrum-Abklärung ein (Urk. 15). Die IV-Stelle erstattete am 13. September 2016 die Duplik (Urk. 18).

In der Folge holte das Sozialversicherungsgericht beim zweiten Gutachter B.\_\_\_\_ eine ergänzende Stellungnahme zu neuen medizinischen Berichten ein (Urk. 20-22). Diese datiert vom 2. März 2017 (Urk. 24) und wurde den Parteien mit Verfügung vom 15. März 2017 zur Stellungnahme zugestellt (Urk. 25). Mit derselben Verfügung lud das Gericht die beruflichen Vorsorgeeinrichtungen zum Prozess bei und setzte ihnen ebenfalls Frist zur Stellungnahme an. Die eingegangenen Stellungnahmen (Urk. 27, 28, 30 und 33), einschliesslich einer solchen des behandelnden Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. C.\_\_\_\_ (Urk. 34), wurden den vier Beteiligten mit Verfügung vom 14. Juli 2017 gegenseitig zugestellt. Sämtliche Beteiligten verzichteten auf eine nochmalige Stellungnahme (Urk. 37-40). Im Übrigen wurde der IV-Stelle mit der letzten Verfügung die Honorarrechnung des Gutachters zur Kenntnis gebracht (Urk. 35).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Zum medizinischen Sachverhalt sowie dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit erwog die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten von B.\_\_\_\_, dem Beschwerdeführer sei nach Ablauf des Wartejahres jegliche Arbeitstätigkeit unzumutbar gewesen, mithin habe der Invaliditätsgrad 100 % betragen. Im Verlauf der Therapie habe sich sein Zustand indes gebessert. Spätestens bei der ersten Begutachtung im Februar 2009 habe eine volle Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestanden (Urk. 2). Zur gutachtlichen Ergänzung vom 2. März 2017 hielt die Beschwerdegegnerin fest, die Befundlage sei unverändert, während eine bloss andere diagnostische Zuordnung keine Rolle spiele. Im Übrigen würden sich daraus nur Hinweise auf eine „mögliche“ Zunahme der Arbeitsunfähigkeit infolge Verschlechterung der Symptomatik finden. Die maximal mittelgradige depressive Pathologie sei zudem medikamentös unbehandelt. Sie gelte deshalb nicht als therapieresistent respektive invalidisierend. Die Verhaltens- und Persönlichkeitspathologie beeinflusse zwar das Anforderungsprofil, doch sei eine daraus resultierende Einschränkung nicht ausgewiesen (Urk. 30).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte den Beweiswert des Gutachtens, insbesondere ab dem Jahr 2014, in Abrede. Der nachgewiesene kontinuierliche Verlust des Hörvermögens widerlege eine hypochondrische Störung. Die beschriebene Persönlichkeitsstruktur spreche für eine Tätigkeit im geschützten Rahmen. Die Berufsberaterin habe denn auch die Rentenprüfung veranlasst und der Gutachter selbst habe ein Belastungstraining unter Bedingungen der freien Wirtschaft empfohlen. Die vorgeschlagenen Verweistätigkeiten seien letztlich illusorisch. Weiter würden inzwischen regelmässig schwere suizidale Krisen als Höhepunkt der depressiven Episoden auftreten, so dass er jeweils unvorhersehbar für mehrere Wochen kaum mehr zu gebrauchen sei. Die unablässige gedankliche Beschäftigung mit dem drohenden Hörverlust führe zudem zu einer andauernden, starken psychischen Labilisierung. Zusätzlich sei er in der Konzentrations- und Erholungsfähigkeit durch den Tinnitus beeinträchtigt. Entstehung und Verlauf der Beschwerden stünden in engem Zusammenhang mit dem inzwischen abgeklärten, nicht therapierbaren Aspergersyndrom. Dieses erkläre den längeren Krankheitsverlauf sowie die Schwierigkeiten bei der Überwindung der Depression. Dabei vermisse er die Kompensationsmöglichkeit des Schlagzeugspiels. Somit sei das Leiden nicht überwindbar und er einem Arbeitgeber nicht zumutbar (Urk. 1 S. 5 ff.; Urk. 14 S. 2 ff.).

Bezüglich der gutachtlichen Ergänzung vom 2. März 2017 beanstandete er, dem Gutachter hätten die aktuellen Berichte des behandelnden Psychiaters nicht vorgelegen und er hätte ihn nicht erneut selbst untersucht. Zumindest aber gehe selbst der Gutachter nicht von einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit aus. So habe dieser die neue Diagnose bestätigt, eine Arbeitsunfähigkeit von über 50 % nicht quantifizieren können, eine Zustandsverschlechterung mit möglicher höhergradiger Leistungseinschränkung mit erhöhter Wahrscheinlichkeit als nachvollziehbar erachtet und einen Eingliederungsprozess infolge der noch deutlicher gewordenen dysfunktional-chronifizierenden Fehlentwicklung als kaum erfolgsversprechend beurteilt. Hinzukommen würden die wochenlangen Depressionen aufgrund von Aspergersyndrom-typischen „Shut-downs“. Man gels anderer brauchbarer Einschätzungen sei auf die Beurteilung des Behandlers abzustellen (Urk. 33).

### **E. 2.3**

Die beiden beruflichen Vorsorgeeinrichtungen verzichteten auf eine Stellungnahme (Urk. 27, 28, 38 und 39). 3. 3.1

#### 3.1.1

Im Rückweisungsentscheid des Sozialversicherungsgerichts vom 30. November 2010 im Prozess Nr. IV.2009.00806 (Urk. 6/63/5 ff.) wurde zum medizinischen Sachverhalt festgehalten, der Beschwerdeführer habe nach eigenen Angaben am 13. September 2007 ein Hörtrauma erlitten und ab dem darauffolgenden Tag über Beschwerden geklagt. Während der von ihm geltend gemachte zunehmende Hörverlust somatisch nicht objektiviert werden können, hätten die Diagnose einer Dysakusis sowie eines Tinnitus zur Feststellung geführt, dass er seinen Beruf als Schlagzeuglehrer nicht mehr ausüben könne (vgl. dazu Urk. 6/6/5 f., 6/14/9-11 und 6/31). 3.1.2

Dr. A.\_\_\_\_ habe im psychiatrischen Gutachten vom 17. Februar 2009 sodann eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, aktuell leichte depressive Symptomatik, gemischt mit Angstsymptomen (ICD-10 F43.21/22), eine Persönlichkeit mit schizoiden, schizotypen und ängstlich vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0) sowie einen Verdacht auf eine hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) diagnostiziert. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung sowie der langjährigen psychischen Entwicklung mit Ängsten, rezidivierenden depressiven Phasen und sozialem Rückzug habe er dem Beschwerdeführer weiter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf als Schlagzeuglehrer seit November 2007 attestiert. Ferner habe er festgestellt, dass im Rahmen der im Jahr 2007 aufgetretenen Hörbeschwerden eine Dekompensation stattgefunden habe, wobei es dem Beschwerdeführer aufgrund der Persönlichkeitsstörung „zumindest bisher“ nicht gelungen sei, die geforderte Anpassungsleistung zu erbringen. Dennoch sei der Gutachter zum Schluss gelangt, eine Arbeitstätigkeit ohne Lärmexposition und ohne intensive interpersonelle Kontakte mit möglichst gleichbleibender Stressbelastung sei während 8 Stunden täglich zumutbar (Urk. 6/23/8 f.). Auf Nachfragen habe er angegeben, diese Einschätzung gelte ab dem Zeitpunkt der Beurteilung (Urk. 8/24). Im Gutachten selbst habe Dr. A.\_\_\_\_ jedoch festgehalten, er gehe davon aus, die Persönlichkeitsstörung werde sich auch nach dem teilweisen Abklingen der depressiven Symptomatik und der Angstsymptomatik ungünstig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Eine adaptierte Tätigkeit sollte zumindest mittelfristig in einem vollen Pensum möglich sein (Urk. 6/23/10). 3.1.3

Das Gericht schlussfolgerte damals, das psychiatrische Gutachten sei damit in sich widersprüchlich. Darüber hinaus lasse Dr. A.\_\_\_\_ die Frage offen, ob der Beschwerdeführer in der Lage sei, bei der Ausübung einer Vollzeitbeschäftigung auch eine volle Leistung zu erbringen oder ob sein detailliert beschriebenes ängstliches Schonverhalten wie auch die als schwierig aufgezeigte soziale Interaktion zu einer Leistungseinbusse führen könnten. Dies bleibe abzuklären, genauso wie die Frage, ab wann der Beschwerdeführer tatsächlich in welchem Umfang arbeitsfähig gewesen sei resp. sein werde. Weiter sei bei der Festsetzung der Rente zu berücksichtigen, dass Dr. A.\_\_\_\_ am 1. Juli 2009 ergänzt habe, sich bei der retrograden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Akten stützen zu müssen. Noch im November 2008 habe der ambulant behandelnde Psychiater eine mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch für adaptierte Tätigkeiten beschrieben, dies sei nachvollziehbar. Damit sei für den Zeitraum zwischen Ablauf des War tejahrs und seiner Begutachtung von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszu gehen (Urk. 6/45). 3.2

### 3.2.1

Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass das Sozialversicherungsgericht im Rückweisungsentscheid bereits eine 100%-Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit von Mitte September 2008 bis Anfang/Mitte Februar 2009 feststellte. Weiter ist hervorzuheben, dass Dr. A.\_\_\_\_ für den Zeitpunkt der Begutachtung zwar eine gesundheitliche Verbesserung darlegte, indem er nur noch eine leichte depressive Symptomatik diagnostizierte. Indessen finden sich in seinem Gutachten vom 17. Februar 2009 – bei Feststellung einer „zumindest bisher fehlenden“ Anpassungsleistung und eines „zumindest mittelfristig“ möglichen vollen Arbeitspensums in sich schlüssig – keine Anhaltspunkte für eine dannzumal schon bestehende massgebliche Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten. Eine solche wurde von Dr. A.\_\_\_\_ erst im Nachhinein in der schriftlichen Ergänzung vom 24. Februar 2009 attestiert. 3.2.2

Zusätzlich merkte Dr. A.\_\_\_\_ im Gutachten selbst an, es werde bereits eine intensive psychotherapeutische Behandlung durchgeführt und medikamentöse Behandlungsversuche seien bisher an den Nebenwirkungen und wahrscheinlich auch den Ängsten des Beschwerdeführers gescheitert. Bezüglich der Gehörsymptomatik bestehe eine Fixierung, die wahrscheinlich kaum auflösbar sei. Die Behandlung sei dennoch unbedingt fortzusetzen, da dadurch die „Chancen“ einer erfolgreichen Umschulung bzw. Reintegration in ein anderes Berufsfeld „deutlich erhöht“ würden. Bei erneuter Verstärkung der depressiven Symptomatik sei eine zusätzliche medikamentöse antidepressive Behandlung indiziert (vgl. Urk. 6/23/9). Zum jetzigen Zeitpunkt seien berufliche Massnahmen „wahrscheinlich“ aussichtsreich. Der Beschwerdeführer bringe einen guten Leistungswillen und Intelligenz mit (Urk. 6/23/10). Somit äusserte sich Dr. A.\_\_\_\_ trotz guter persönlicher Ressourcen des Beschwerdeführers eher zurückhaltend zur Therapierbarkeit des Leidens und den Erfolgsaussichten beruflicher Massnahmen im Zeitpunkt der Begutachtung. 3.3 3.3.1

Im zweiten psychiatrischen Gutachten vom 3. Januar 2012 diagnostizierte B.\_\_\_\_ eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden und ängstlich-selbstunsicheren Zügen (ICD-10: F61.0) sowie eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2) bei somatisch mindestens nicht vollständig erklärbarer syndromaler Dysakusis, Tinnitus beidseits und erschwerter Beschwerdebearbeitung (ICD-10: F54.0). Er fügte hinzu, die vorgängig beschriebene Diagnose einer depressiven Erkrankung könne gemäss den ICD-10-Kriterien nicht gestellt werden. Ebenso könne im Rahmen der Begutachtung keine Angststörung diagnostiziert werden (Urk. 6/75/12 f.). 3.3.2

Aus somatischer Sicht werde in den Unterlagen seit einem Unfall beim Schlagzeugspielen im September 2007 syndromal über eine Dysakusis bei Tinnitus Grad III und einem aus otorhinolaryngologischer Sicht mindestens nicht vollständig anhand somatischer Befunde erklärbaren Beschwerdebild berichtet (Urk. 6/75/11). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung habe der Beschwerdeführer psychopathologisch auffällige Befunde im Bereich der Persönlichkeit und des damit in Zusammenhang stehenden Verhaltens, insbesondere in der Interaktion mit dem Gegenüber, gezeigt. So habe er selbstunsicher-abhängige, schizoide Persönlichkeitszüge gezeigt und sei über weite Strecken in der Interaktion wenig spürbar geblieben. Gleichzeitig habe er kompensatorische Grössenideen hinsichtlich seiner Schlagzeugtechnik vor dem Ereignis im September 2007, die er als „Weltklasse“ bezeichnet habe. Im Verhalten habe er zunächst bizarr im Auftreten mit Lärmschutz-Kopfhörern, die er fast während des gesamten Gesprächs aufbehalten habe,

angemutet. Im formalen Gedankengang sei er zum Teil sehr umständlich-kompliziert und rigide eingengt auf eigene Vorstellungen, insbesondere die Zielsetzung eines Informatik-Fernstudiums mit finanzieller Unterstützung seitens der Invalidenversicherung, gewesen. Diesbezüglich habe er klinisch deutliche Hinweise für eine kaum vorhandene Anpassungsfähigkeit und Flexibilität in der Interaktion mit dem Gegenüber gezeigt. Die Durchhaltefähigkeit während der über zweistündigen Untersuchung sei gut gewesen. Es habe sich vor allem auch kognitiv kein Leistungsabfall beobachten lassen. Bei über weite Strecken dysphorischer Grundstimmung sei die affektive Schwingungsfähigkeit erhalten gewesen und es hätten sich keine weiteren Symptome eines depressiven oder Angstgeschehens objektivieren lassen (Urk. 6/75/12; vgl. ferner Urk. 6/75/10 f.). 3.3.3

B. \_\_\_ schlussfolgerte, im Rahmen der Persönlichkeitspathologie unter Anwendung der Kriterien des Mini-ICD-Ratings sei der Beschwerdeführer in verschiedenen Bereichen, die vor allem die Zusammenarbeit mit anderen/im Team betreffen würden, limitiert. In der Interaktion mit anderen/im Team zeige er sich mit deutlich eingeschränkter Flexibilität und Anpassungsfähigkeit und auffälliger Interaktion bis hin zu phasenweise bizarr anmutendem Verhalten mit dem Gegenüber. Ausgehend von diesen Befunden sei er für Arbeiten in der Gruppe oder solche, die eine regelmässige Interaktion und Zusammenarbeit mit anderen voraussetzten, als nicht arbeitsfähig zu qualifizieren. Aufgrund der grossen Lärm- und Stressempfindlichkeit sei er zudem auf einen isolierten Arbeitsplatz – möglichst nicht in Umgebung anderer und wenn möglich mit Geräuschabschirmung – angewiesen. Unter diesen Voraussetzungen zeige er hinsichtlich seines kognitiven Leistungspotentials und des vorhandenen Intelligenzniveaus (Schulbildung, Informatik-Fernstudium) aber eine ausreichende Leistungsfähigkeit für die erfolgreiche Umsetzung einer Verweistätigkeit unter den Bedingungen der freien Wirtschaft. Denkbar seien z.B. einfache PC-Bürotätigkeiten in einem Einzelbüro, aber auch isolierte Hilfs- oder Gartenarbeiten für sich alleine in reiz- und geräuscharmer Umgebung oder auch ruhige Ablage-Arbeiten wie im Archiv. Eine 100%-Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten sei mindestens seit Rückbildung des depressiven Krankheitsgeschehens, spätestens seit der Begutachtung durch Dr. A. \_\_\_ im Februar 2009 anzunehmen (Urk. 6/75/13 f.). Das ängstliche Schonverhalten entspringe im Übrigen vor allem einer kognitiven Fehlbewertung im Rahmen des hypochondrischen Störungsbildes des mit erschwelter Beschwerdeverarbeitung. Die diesbezügliche Dynamik sei grundsätzlich kognitiv-psychotherapeutisch bearbeitbar und die Überwindung zumutbar (Urk. 6/75/15). 3.3.4

Zusammenfassend liege in der bisherigen Tätigkeit als Schlagzeuglehrer aus „gutachterlich“-psychiatrischer Sicht ab 17. Februar 2009 bis aktuell und weiterhin keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor. Bezogen auf eine angepasste Tätigkeit liege seit 17. Februar 2009 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vor. Bei Ausübung einer vollen Arbeitstätigkeit unter den genannten Bedingungen sei medizinisch-theoretisch auch eine vollumfängliche Leistungserbringung zu erwarten. Im Falle einer weiter geltend gemachten eingeschränkten Durchhaltefähigkeit, die klinisch psychiatrisch im über zweistündigen Untersuchungsgespräch nicht objektiviert werden können, empfehle er vorgängig zu einem beruflichen Wiedereingliederungsversuch eine Belastungserprobung im Rahmen eines Arbeitstrainings zur Gewinnung diesbezüglicher harter Daten unter Bedingungen der freien Wirtschaft. Aufgrund der skizzierten Entwicklung und der zugrundeliegenden Persönlichkeitspathologie sei der Beschwerdeführer beim beruflichen Wiedereinstieg auf Unterstützung angewiesen (Urk. 6/75/14 f.). 3.4. 3.4.1

Augenfällig beim Vergleich mit dem Vorgutachten ist somit die unterschiedliche Gewichtung der Beschwerden. Während bei Dr. A.\_\_\_\_ die Fixierung auf einen möglichen Hörverlust den Schwerpunkt des psychopathologischen Befundes bildete, drehten sich Befunderhebung und Beurteilung von B.\_\_\_\_ vorab um die fehlende Fähigkeit zur Interaktion mit anderen. Zudem verneinte Letzterer eine depressive Symptomatik und Angststörung. Dr. A.\_\_\_\_ sah die fehlende Anpassungsleistung ferner in der Persönlichkeitsstörung begründet und beurteilte die Gehörsproblematik als im Rahmen einer Therapie kaum auf lösbar. Indessen schrieb B.\_\_\_\_ das ängstliche Schonverhalten bzw. die erschwerte Beschwerdeverarbeitung der nun definitiv gestellten Diagnose einer hypochondrischen Störung zu und stufte das Geschehen als therapierbar ein. Damit brachte er implizit auch zum Ausdruck, dass die Problematik drei Jahre nach der ersten Begutachtung trotz Psychotherapie noch nicht überwunden war. 3.4.2

Nichtsdestotrotz stimmen die von Dr. A.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ definierten, deutlich eingeschränkten Belastungsprofile grundsätzlich überein. Beide stellten massgebliche Einschränkungen in der Interaktionsfähigkeit mit anderen sowie eine erhebliche Lärm- und Stressempfindlichkeit fest, wobei der später begutachtende B.\_\_\_\_ gar von einem „insolieren“ Arbeitsplatz (möglichst mit Geräuschabschirmung und nicht in der Umgebung anderer) sprach sowie eine klare Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten mit regelmässigen Interaktionen mit anderen attestierte. Ob die verschärfte Formulierung auf eine Zunahme der Persönlichkeitspathologie oder auf ein besseres Sichtbarwerden derselben nach einem weiteren Abklingen der übrigen Symptome zurückzuführen ist, kann dem Gutachten nicht entnommen werden. Einig waren sich die Gutachter ferner über die Intelligenz als wichtige Ressource des Beschwerdeführers. Es fällt daher auf, dass B.\_\_\_\_ auch an einem „isolierten Arbeitsplatz“ nur Hilfstätigkeiten als konkrete Verweistätigkeiten vorschlug. 3.4.3

Darüber hinaus machte B.\_\_\_\_ nun deutlich, dass Eingliederungsmassnahmen aufgrund des bisherigen Krankheitsverlaufs respektive der Persönlichkeitspathologie notwendig seien. Demnach war also nicht zu erwarten, dass sich der Beschwerdeführer würde selber eingliedern können. Ausserdem empfahl B.\_\_\_\_ ein Arbeitstraining, sollte der Beschwerdeführer weiterhin eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit behaupten. Dieses sollte den Beschwerdeführer nicht nur von seinen Fähigkeiten überzeugen, sondern der „Gewinnung harter Daten“ dienen. Eine abschliessende Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten bzw. geklagten Beschwerden war dem Gutachter allein aufgrund der klinischen Untersuchung offenbar nicht möglich. 3.5 3.5.1

In der Ergänzung vom 2. März 2017 betonte B.\_\_\_\_, er habe im Gutachten vom 3. Januar 2012 eine Leistungserprobung im geschützten Arbeitsbereich (z.B. ein Arbeitstraining) empfohlen, um die aufgrund der erhobenen Befundlage erfolgte psychiatrische Beurteilung praktisch zu überprüfen (Urk. 24 S. 4 und 7). Zur neu ins Recht gelegten Autismus-Spektrum-Abklärung der PUK vom 3. Juli 2016 (Urk. 15; klinische und testpsychologische Untersuchungen am 12. Dezember 2015/27. Januar 2016) stellte er fest, dass Verhaltensbeobachtungen, Persönlichkeitseindrücke und erhobener psychopathologischer Befund grundsätzlich mit der Befundlage bei der Begutachtung korrelieren würden, Persönlichkeits- und Verhaltenspathologie in der Intensität allerdingen zugenommen hätten. Die Diagnose eines Aspergersyndroms (ICD-10: F84.5) könne gut nachvollzogen werden, wobei im Bericht auf die Differentialdiagnose einer schizotypen Persönlichkeitsstörung hingewiesen werde. Insofern seien der Bericht der PUK und sein Gutachten diagnostisch miteinander vereinbar. Ohne erneute eigene Untersuchung halte er an der Diagnose

Persönlich keitsstörung fest. Nicht nachvollziehbar sei, weshalb im Bericht die Diagnose eines gegenwärtig mittelgradigen depressiven Syndroms bloss als mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnostizierbar beurteilt, aber nicht gestellt worden sei (Urk. 24 S. 7 f.). 3.5.2

Es lasse sich somit eine Zunahme der Symptomatologie im Rahmen einer nach vollziehbaren Zustandsverschlechterung im Befund erkennen bzw. die verhal tens- und persönlichkeitspathologischen Muster hätten, vereinbar mit dem theoretischen Längsverlauf entsprechender Störungen, weiter zugenommen. Zudem würden sich neu Hinweise für eine zusätzlich einflussnehmende, sekundär entwickelte, mindestens mittelgradige und anhaltende depressive Symptomatik finden. Gleichzeitig seien die im Gutachten herausgearbeiteten intellektuellen Ressourcen (Fernstudium) aber weiterhin erkennbar, wobei sich im Bericht eine Zunahme kognitiver Leistungseinschränkungen (insbesondere Konzentrationsleistung) andeute. Übereinstimmend mit dem Gutachten werde im Bericht auf die grossen interaktionellen Schwierigkeiten mit anderen, die reduzierte Anpassungsfähigkeit und Flexibilität sowie die Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung hingewiesen (Urk. 24 S. 8 f.). 3.5.3

Bezogen auf die medizinisch-theoretisch ableitbare Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer als Schlagzeuglehrer und für Tätigkeiten in Zusammenarbeit mit anderen oder an Gruppenarbeitsplätzen fortgesetzt als nicht arbeitsfähig zu qualifizieren. In einem optimal angepassten Tätigkeitsprofil entsprechend dem Gutachten sei ab Dezember 2015 unter Gewichtung der für den Verlauf erhobene nen Befunde unter funktionsorientierten Kriterien eine mögliche maximal mit telgradige Leistungsbeeinträchtigung (50 %) mit erhöhter Wahrscheinlichkeit begründet anzunehmen. Diese versicherungspsychiatrische Quantifizierung berücksichtige eine mindestens angedeutete Zunahme der Persönlichkeits- und Verhaltenspathologie und ein neu stärker ausgeprägtes sekundär affektives Krankheitsgeschehen. Eine darüber hinausgehende Quantifizierung sei allein aufgrund des Berichts der PUK seriöserweise nicht möglich. Für den Begutach tungszeitpunkt vom 3. August 2011 halte er indes an seiner bisherigen Arbeitsfähigkeitseinschätzung fest und könne mangels fehlender Echtzeitakten und erneuter eigener Exploration keine quantifizierende Beurteilung für den dazwischen liegenden Zeitraum vornehmen. Ferner sei anzumerken, dass die depressive Symptomatik offenbar medikamentös nicht therapiert werde und medizinisch-theoretisch behandelbar bzw. besserungsfähig sei (Urk. 24 S. 8-10). 3.5.4

Letztlich hielt B.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei aus fachärztlich psychiatrischer Sicht im Rahmen der eingenommenen Position und gezeigten Verhaltensweisen als nicht direkt integrierbar in einen Arbeitsprozess unter Anstellungsbedingungen der freien Wirtschaft auf dem ersten Arbeitsmarkt zu beurteilen. Vielmehr sei er für die grundsätzlich mögliche Umsetzung der medi zinisch-theoretisch weiterbestehenden Teil-Leistungsreserven auf einen einglie dernden Prozess mit Beginn einer Beschäftigung und Leistungsüberprüfung im geschützten Arbeitsrahmen – auch zur längeren Persönlichkeits- und Verhal tensbeobachtung – angewiesen. Ein derartiger Prozess dürfte ausgehend von den berichteten Verhaltensmustern und der fixierten Position des Beschwerde führers im Rahmen der nun noch deutlicher gewordenen dysfunktional-chroni fizierenden Fehlentwicklung aus fachärztlich psychiatrischer Sicht kaum erfolgsversprechend umsetzbar sein. Ferner könne hinsichtlich der nicht diffe renziert herausgearbeiteten kognitiven Leistungseinschränkungen abhängig vom weiteren Verlauf eine ergänzende

neuropsychologische Abklärung unter Einbezug einer Symptomvalidierung sinnvoll sein, wobei aus fachärztlicher psychiatrischer Sicht zumindest angezweifelt werden müsse, dass der Beschwerdeführer diesbezüglich eine ausreichende Mitarbeit im Rahmen seiner Persönlichkeits- und Verhaltenspathologie leisten könne (Urk. 24 S. 10 f.). 3.6 3.6.1

Die von B.\_\_\_\_ festgestellte erneute depressive Episode ergibt sich ohne Weiteres aus dem psychopathologischen Befund im PUK-Bericht (Urk. 15 S. 4: Antrieb mittelgradig verarmt und gehemmt, ausgeprägtes Grübeln, deutlich niedergestimmt, mittelgradige Anhedonie, schwere Insuffizienzgefühle, kaum schwingungsfähig und passiv lebensmüde Gedanken). Wie von ihm aus medizinischer Sicht schon angemerkt, gilt es auch mit Blick auf die Rechtsprechung zu bedenken, dass bei mittelgradigen depressiven Erkrankungen eine medikamentöse Behandlung grundsätzlich zumutbar ist und in der Regel eine Besserung erwarten lässt (z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C\_222/2017 vom

## **E. 5**

E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 5.1**

Zwischen den Parteien ferner strittig sind die Methode der Invaliditätsbemessung, die Grundlagen des Einkommensvergleichs und insbesondere die Frage, ob der Beschwerdeführer als frühinvalid im Sinne von Art. 26 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zu gelten hat (vgl. im Detail Beschwerdegegnerin: Urk. 2, 5 und 18; Beschwerdeführer: Urk. 1 S. 11 ff.; Urk. 14 S. 6 ff. und Urk. 33).

#### **E. 5.2.1**

Ergänzend zu den rechtlichen Ausführungen im Rückweisungsentscheid vom 30. November 2010 (Urk. 6/63/4) ist zunächst auf eine zwischenzeitlich eingetretene Änderung der Rechtsprechung hinzuweisen. Mit BGE 142 V 290 E. 7.3 wurde die Rechtsprechung gemäss BGE 131 V 51 dahingehend präzisiert, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional - im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit - zu berücksichtigen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht somit der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Eine neue Rechtsprechung ist grundsätzlich sofort und überall anzuwenden. Sie gilt nicht nur für künftige, sondern für alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle (Urteil des Bundesgerichts 9C\_464/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 3.1).

### **E. 5.2.2**

Für Versicherte ohne Ausbildung sieht Art. 26 Abs. 1 IVV vor: Konnte die versicherte Person wegen der Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben, so entspricht das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvalide erzielen könnte, den folgenden nach Alter abgestuften Prozentsätzen des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik: vor dem 21. Geburtstag 70 % , ab dem 21. bis am Tag vor dem 25. Geburtstag 80 % , ab dem 25. bis am Tag vor dem 30. Geburtstag 90 % und ab dem 30. Geburtstag 100 % . Gemäss Ziff. 3035 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) sind Frühinvalide solche Versicherte, die seit ihrer Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten. Dazu gehören Versicherte, die zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, zu Beginn der Ausbildung jedoch bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung. Nach Ziff. 3037 KSIH ist als "Erwerb von zureichenden beruflichen Kenntnissen" die abgeschlossene Berufsausbildung zu betrachten.

### **E. 5.3.1**

Gemäss Abklärungsbericht vom 24. April 2014 (Urk. 6/97) unterrichtete der Beschwerdeführer in den letzten Jahren vor September 2007 durchschnittlich 18 Lektionen pro Woche an den Musikschulen Z.\_\_\_\_ und Y.\_\_\_\_, was einem Arbeitspensum von 64 % entsprechen soll (vgl. Urk. 6/97/2). Berücksichtigt wurden von der Abklärungsperson 6,5 Stunden pro Woche für das Komponieren. Weitere, nach eigenen Angaben des Beschwerdeführers erzielte, aber unversteuerte Einkünfte berücksichtigte sie nicht (Urk. 6/97/3, vgl. auch Urk. 6/37/4).

### **E. 5.3.2**

Ein Vollzeitpensum beträgt gemäss dem inzwischen vom Verband Zürcher Musikschulen (VZM) erlassenen Besoldungsreglement für Musiklehrpersonen und Musikschulleitung, gültig ab dem Schuljahr 2012/2013 (abrufbar im Internet unter <http://vzm.ch/reglemente.phtml> ), 28 Lektionen pro Woche à 60 Minuten (Ziff. 1, vgl. auch Urk. 3/13/3). Weiter ist dem Auszug aus dem Individuellen Konto zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 2003 bis 2007 am besten verdiente, nämlich durchschnittlich Fr. 45'453.-- (vgl. Urk. 6/10). Im Schnitt entfielen rund 70 % dieses Einkommens auf das Anstellungsverhältnis bei der Musikschule Z.\_\_\_\_. Im Jahr 2007 bezahlte ihm diese einen Monatslohn von Fr. 2'712.-- (inkl. Anteil am 13. Monatslohn für 10.5 Lektionen (Urk. 6/13/3 und Urk. 6/13/10 f.). Der Semesterlohn, wie er bei Musiklehrern jeweils festgesetzt wird, betrug bei dieser Arbeitgeberin im Jahr 2007 demnach Fr. 1'550.-- pro Lektion.

Das Anstellungsverhältnis bei der Musikschule Y.\_\_\_\_ bestand schon länger, weshalb der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gleich viel oder mehr pro Lektion verdiente. Das dort zwischen 2003 und 2007 durchschnittlich erzielte Jahreseinkommen von Fr. 9'915.-- entspricht folglich etwas mehr als 3 Lektionen pro Woche. Es resultiert zusammen mit dem Pensum in Z.\_\_\_\_ ein Arbeitspensum von wöchentlich knapp 14 Lektionen bzw. 50 %. Dies entspricht auch den Angaben des Beschwerdeführers (vgl. Rückweisungsentscheid vom 30. November 2010 E. 6.3, Urk. 6/63/8). Stellt man, was

angesichts der grossen Schwankungen angezeigt ist, auf das Durchschnittseinkommen der letzten fünf Jahre ab, so resultiert bei einem Semesterlohn von Fr. 1'550.-- pro Lektion ein Arbeitspensum von knapp 15 Lektionen bzw. 53 %. Wie sich aus den VZM-Tabellen für Instrumentalunterricht (eben falls im Internet publiziert) ergibt, werden die Dienstjahre in der Kategorie B (ohne anerkannten Abschluss) mit sehr geringfügigen Lohnerhöhungen von anfänglich rund Fr. 40.-- und später weniger berücksichtigt. Selbst wenn man also im günstigsten Fall einen mittleren Semesterlohn von rund Fr. 1'450.-- für die letzten fünf Jahre annimmt, betrug das Arbeitspensum nicht mehr als knapp 16 Lektionen pro Woche und damit 56 %.

### **E. 5.3.3**

Dabei gilt es auch zu bedenken, dass der Beschwerdeführer zusätzlich geltend machte, er habe wöchentlich 5 Lektionen Privatunterricht gegeben, 11,5 Stunden für Proben und private Auftritte verwendet und 5 bis 7 Stunden komponiert (Urk. 6/97/3). Es stellt sich somit nicht das Problem, dass der Beschwerdeführer krankheitsbedingt nicht mehr arbeiten konnte (vgl. auch die Einschätzung zur Frühinvalidität von Dr. A. \_\_\_ in Urk. 6/45 und die zahlreichen Engagements gemäss Urk. 6/40). Ebenso wenig besteht ein Aufgabenbereich, wobei das notwendige Üben für den Unterricht zudem bereits durch Festsetzung des Vollzeitpensums auf 28 Lektionen berücksichtigt ist (vgl. Ziff. 2.4 des Besoldungsreglements). Vielmehr hat der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben effektiv regelmässig Mehreinkünfte erzielt, diese aber nie versteuert (Urk. 6/93/3). Nach Art. 18 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die direkte Bundessteuer vom

### **E. 5.4**

Bei rechtsprechungsgemäss proportionaler Gewichtung der vollständigen Erwerbsunfähigkeit zufolge Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit beträgt der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers somit zwischen 50 und 56 %, wes halb er Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. 6.

### **E. 6**

Juli 2017 E. 5.2). Beim Beschwerdeführer bestehen allerdings seit der ersten Begutachtung Hinweise auf eine psychisch bedingt eingeschränkte Compliance bei der Medikamenteneinnahme sowie eine im zweiten Gutachten bestätigte, erschwerte Beschwerdeverarbeitung (vgl. E. 3.2.2 und E. 3.3.3). In seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2017 wies der behandelnde Dr. C. \_\_\_

diesbezüglich nochmals auf die vielfältigen, aktenkundigen Versuche seit April 2008 mit Tryptizol, Symphona N, Ceres, Cipralext, Hypericum, Remeron, Edronax, Risperdal, Nortrilen, Frisium und Temesta hin. Dazu erläuterte er, der Beschwerdeführer reagiere auf jedes eingesetzte Medikament mit einer Zunahme von Tinnitus mit Ausnahme von Temesta, weshalb man die Behandlungsversuche jeweils abbrechen müssen (Urk. 34 S. 4). Einer Wechselwirkung zwischen den psychischen Störungen ist Rechnung zu tragen.

Inzwischen soll sich die Symptomatologie gemäss B. \_\_\_ gesamthaft weiter verschlechtert haben. Wie der behandelnde Psychiater Dr. C. \_\_\_ allerdings zu Recht einwendete (vgl. Urk. 34 S. 7), versäumte es der Gutachter in Bezug auf die Persönlichkeits- und Verhaltenspathologie bei ausdrücklich vorliegender Befundlage die seines Erachtens im PUK-Bericht „angedeutete“ Zunahme der Symptomatik respektive deren Auswirkungen am postulierten „isolierten“ Arbeitsplatz nachvollziehbar zu erläutern. Augenfällig im Bericht

der PUK ist jedenfalls, dass es dem Beschwerdeführer nach eigenen Angaben beim Lernen kaum gelingt, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren. Er befasst sich vorab mit der Korrektur von Fehlern in den Unterlagen und entwickelt eigene Ideen, statt die Aufgaben zu lösen. Auch war er offenbar im Rahmen der von der PUK durchgeführten Testreihe nicht in der Lage, das Screening einigermaßen sinnvoll auszufüllen, weil er sich nicht entscheiden konnte und wiederum in unwichtigen Details verlor (Urk. 15 S. 2 f.). Zweifels ohne auszuschliessen ist gestützt auf die Beurteilungen der beiden Gutachter, des PUK-Arztes und des behandelnden Psychiaters indes eine Verbesserung der Verhaltensauffälligkeiten.

Im Übrigen empfahl B.\_\_\_\_ mit Blick auf die im PUK-Bericht erneut thematisierten, aber wiederum nicht weiter differenzierten und abgeklärten kognitiven Leistungseinschränkungen abhängig vom Krankheitsverlauf eine neuropsychologische Abklärung unter Einbezug einer Symptomvalidierung. Dr. C.\_\_\_\_ machte diesbezüglich geltend, B.\_\_\_\_ habe die für eine Autismus-Spektrums-Störung (ASS) typischen Blockaden übersehen, die weder depressionsbedingt noch behandelbar noch überwindbar seien. Es handle sich um eine Stunden und Tage, manchmal Wochen anhaltende psychomotorische Hemmung einschliesslich eines Einbruchs der kognitiven Funktionen. Merkfähigkeit, Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit seien in diesen Phasen jeweils schwer reduziert (Urk. 34 S. 5). 3.6.2

Nach dem vorstehend Gesagten ist unklar, welchen neuen Aspekten der Persönlichkeits- und Verhaltenspathologie B.\_\_\_\_ bei seiner letzten Arbeitsfähigkeitseinschätzung in welchem Umfang Rechnung trug. Die seit Beginn der Rentenprüfung vom Beschwerdeführer geklagte kognitive Leistungseinbusse wurde von ihm erneut nicht speziell berücksichtigt, aber auch nicht ausgeschlossen. Dafür bezog B.\_\_\_\_ die als therapierbar eingestufte depressive Episode in die Arbeitsfähigkeitseinschätzung mit ein. Entsprechend diffus ist die letztlich von ihm gewählte Formulierung einer „maximal mittelgradigen Leistungsbeeinträchtigung“. Daraus lässt sich lediglich ableiten, dass die Arbeitsfähigkeit mindestens 50 % beträgt. Dies lässt viel Raum für Spekulationen über die effektive Arbeitsfähigkeit. Dabei ist auch zu beachten, dass B.\_\_\_\_ bereits im ersten Gutachten ein Arbeitstraining letztlich zur Bestätigung der von ihm attestierten Arbeitsfähigkeit vorschlug und nun wieder eine Leistungsüberprüfung im geschützten Arbeitsrahmen (mitunter zur längeren Persönlichkeits- und Verhaltensbeobachtung) empfahl. 3.6.3

Mangels echtzeitlicher Dokumente konnte B.\_\_\_\_ die sicher eingetretene, wenn auch im Ausmass nicht vollends geklärte Verschlechterung der Symptomatik zeitlich zudem nicht näher einordnen und sich nicht zum Krankheitsverlauf zwischen eigener Begutachtung und Abklärung in der PUK äussern. In diesem Sinne monierte Dr. C.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2017 zu Recht, dass dem Gutachter sein Bericht vom Januar 2015 [recte: 30. Dezember 2014] nicht vorgelegt worden sei (Urk. 34 S. 1 f.).

Darin hatte Dr. C.\_\_\_\_ ausgeführt, es gebe gegenüber seinem Bericht vom 7. November 2008 hinsichtlich der ausgeprägten Belastung durch medizinisch begründete Beschwerden und der grossen Bemühungen, damit zurechtzukommen bzw. eine Restarbeitsfähigkeit zu entwickeln, keine Änderungen zu berichten. Jedoch sei die Symptomatik nosologisch neu eingeordnet worden. Im Verlauf seien schwere suizidale Krisen mindestens einmal pro Jahr aufgetreten und jeweils Kulminationspunkt ausgeprägter depressiver Episoden gewesen. In diesen Perioden seien Gedächtnis und Konzentration unüberwindbar beeinträchtigt gewesen (Urk. 6/122/1 f.). Gestützt auf die ersten Untersuchungsergebnisse der PUK

seien e in Aspergersyndrom (ICD-10: F84.5), eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2) sowie eine rezidivierende Depression (ICD-10: F33.1), gegenwärtig mittelgradige Episode zu diagnostizieren (Urk. 6/122/6). Im angepassten Rahmen bestehe eine Arbeitsfähigkeit an drei Halbtagen pro Woche (30 %) in stabilen Phasen. Schwierig zu bemessen seien die Auswirkungen der rezidivierenden depressiven Phasen mit psychomotorischer Hemmung, sensorischer Überlastung (Aspergersyndrom-typisch sog. „shut down“) und starkem Abfall des psychosozialen Funktionsniveaus infolge starker kognitiver Einschränkungen. Solche Phasen, in denen bei der Haushaltsführung die Hilfe Dritter nötig sei, würden anamnestisch 1 bis

### **E. 6.1**

Hinsichtlich des Zeitpunkts der Entstehung des Rentenanspruchs ist auf E. 4 des bereits mehrfach erwähnten Rückweisungsentscheides hinzuweisen. Darin kam das Gericht zum Schluss, dass aus Gründen der Rechtsgleichheit ein allfälliger Rentenanspruch bereits bei Ablauf des Wartjahres am 13. September 2008 entstanden sein könne, obschon am 1. Januar 2008 die im Rahmen der 5. IV-Revision geänderten Bestimmungen des IVG in Kraft getreten seien und seither eine Wartefrist von sechs Monaten seit der Anmeldung gelte (Art. 29 Abs. 1 IVG). Dabei stützte es sich auf das Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) vom 12. Dezember 2007 (Urk. 6/63/6 f.).

### **E. 6.2**

Diese Erwägung hält vor der später zu dieser Problematik ergangenen Rechtsprechung des Bundesgerichts nicht stand. Letzteres entschied in BGE 138 V 475, dass abweichend von Art. 29 Abs. 1 IVG ab Ablauf des Wartjahres Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht in Fällen, in denen das Wartjahr vor dem 1. Januar 2008 zu laufen begonnen habe und im Jahr 2008 erfüllt worden sei, jedoch nur soweit die Anmeldung bis Ende Juni 2008 – nicht wie im Rundschreiben vorgesehen bis Ende 2008 – erfolgt sei. Diese Voraussetzung ist vorliegend nicht erfüllt, weil das am 15. Mai 2008 vom Beschwerdeführer ausgefüllte Anmeldeformular der Beschwerdegegnerin erst am 9. Juli 2008 zugeht (vgl. Aktenverzeichnis von Urk. 6 „Dok-Eing-Datum“; Urk. 6/4).

### **E. 6.3**

Zusammenfassend ist dem Beschwerdeführer somit unter Berücksichtigung der Anmeldefrist von sechs Monaten mangels verwertbarer Restarbeitsfähigkeit eine unbefristete halbe Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Januar 2009 zuzusprechen. 7.

#### **7.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Diese hat ferner auch die Kosten von Fr. 2'198.80 (Urk. 31) der ergänzenden Stellungnahme des zweiten Gutachters vom 2. März 2017 zu tragen (Urk. 24). Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 hat das Bundesgericht erwohnen, dass die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung aufzuerlegen sind, sofern ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht (vgl. auch BGE 140 V 70 E. 6.1). Vorliegend lag

die Begutachtung durch B.\_\_\_\_ bei Erlass der angefochtenen Verfügung bereits vier Jahre zurück und es standen neue Diagnosen sowie eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes zur Diskussion (z.B: Urk. 7/122/7 und 7/129/6). Eine bloss Beurteilung durch den versicherungsinternen Arzt auf der Basis unvollständiger Berichte (z.B. Urk. 15) erwies sich daher, wie die gutachtliche Stellungnahme bestätigte, als ungenügend. 7.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer besteht zudem Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 2 GSVGer). Da die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtete, ist die Entschädigung wie mit Verfügung vom 16. September 2016 angekündigt nach Ermessen festzusetzen. Neben den vorstehenden Grundsätzen (insbesondere der Komplexität des Falles, den zahlreichen Eingaben sowie neuen medizinischen Unterlagen) ist hierbei die Tatsache zu berücksichtigen, dass die Rechtsvertreterin für das Studium der Vorakten schon im Rahmen des Verwaltungsverfahrens entschädigt wurde. Wie in jenem Entscheid, ist andererseits dem Mehraufwand infolge der schwierigen Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers Rechnung zu tragen (vgl. Urteil IV.2016.00299 vom 31. März 2017). Die Beschwerdegegnerin ist daher zu verpflichten, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine Prozessentschädigung von Fr. 5'500.-- (inkl. MWST und Barauslagen) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. Dezember 2015 aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2009 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 zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten von Fr. 2'198.80 für die vom Gericht eingeholte ergänzende Stellungnahme des Gutachters zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Lotti Sigg, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 5'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Pensionskasse Musik und Bildung - Swissbroke Vorsorgestiftung sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

## E. 9

Wochen bzw. durchschnittlich 4 Wochen dauern. Die Arbeitsfähigkeit liege dann deutlich unter 20 %, weshalb gesamtthaft eine Arbeitsfähigkeit von 25 % resultiere. Im Übrigen habe die Arbeitsfähigkeit schon im Jahr 2008 nur 30 % betragen, da die damals attestierten

50

%  
verteilt über 7 Wochentage zustande gekommen seien

(Urk. 7/122/7).

Der Bericht aus dem Jahr 2014 gibt somit primär Auskunft über die Häufigkeit und Schwere der einzelnen Episoden der rezidivierenden depressiven Störung seit Behandlungsbeginn, welche durchaus erwähnenswert sind. Eine massgebliche Veränderung der übrigen Symptomatik wurde indes nicht dargelegt. Nicht zu überzeugen vermag die darin abgegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Sie beruht auf dem Durchschnitt einer Arbeitsfähigkeit in stabilen und einer (gleichermaßen gewichteten) in depressiven Phasen und wurde als im Vergleich zum November 2008 unverändert beurteilt, indem nach Jahren die (offensichtlich nicht medizinisch-theoretisch geschätzte, sondern auf subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhende) 60%-Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 7. November 2008 berichtet wurde (Urk. 6/129/15). Dies erklärt allerdings noch nicht, weshalb Dr. C. in seinem Bericht vom 19. August 2009 gar zum Schluss kam, nach mässiger Remission der depressiven Symptomatik seien weitere Symptome für eine Herabminderung der Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auf 60 % bis höchstens 80 % in Betracht zu ziehen

(Urk. 6/55/14).

### 3.6.4

Wie von Dr. C. weiter zutreffend dargelegt (Urk. 34 S. 4-7), verdienen letztlich die Ausführungen von B. im Zusammenhang mit der beruflichen Eingliederung und den kognitiven Leistungseinschränkungen besondere Aufmerksamkeit. So stellte der Gutachter fest, dass eine direkte Integration in den ersten Arbeitsmarkt ausgeschlossen und der Beschwerdeführer auf einen eingliedernden Prozess mit Beginn einer Beschäftigung im geschützten Rahmen angewiesen sei. Gleichzeitig erachtete er einen solchen eingliedernden Prozess ausgehend von den berichteten Verhaltensmustern und fixierten Positionen im Rahmen der noch deutlicher gewordenen dysfunktional-chronifizierenden Fehlentwicklung aus fachärztlich psychiatrischer Sicht als kaum erfolgsversprechend umsetzbar. Zusätzlich zweifelte der Gutachter aus fachärztlich psychiatrischer Sicht an, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Psychopathologie an einer neuropsychologischen Abklärung mitwirken könnte. Es stellt sich folglich in der Tat die Frage, ob der

Beschwerdeführer die ihm weiterhin attestierte Restarbeitsfähigkeit realistischere noch auf dem ersten Arbeitsmarkt verwerten kann, wenn er zufolge psychischer Beschwerden – also nicht bloss infolge subjektiver Krankheitsüberzeugung, sondern objektiv betrachtet – weder eingliederungsfähig noch zur Mitarbeit in einem Test in der Lage ist. Auf die naheliegende Frage, ob auch die zahlreichen abgebrochenen medikamentösen Behandlungsversuche im Zusammenhang mit dieser Verhaltenspathologie zu sehen seien (vgl. E. 3.6.1), äusserte sich B.\_\_\_\_ nicht. 3.6.5

Es bleibt anzumerken, dass B.\_\_\_\_ den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, vom 11. März 2015 nicht würdigte. Dabei verkannte er, dass er dazu aufgefordert worden war, sich erneut zu den massgeblichen (psychiatrischen) Diagnosen zu äussern (Urk. 21). In seinem Gutachten hatte er aufgrund des fehlenden organischen Korrelats der Hörbeschwerden eine überwindbare hypochondrische Störung als Ursache für das ängstliche Schonverhalten diagnostiziert (vgl. E. 3.3.3). Dem Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ ist nun zu entnehmen, dass nach ersten Untersuchungen im Jahr 2007 im Jahr 2011 immer noch ein gutes Gehör festgestellt worden sei, während die Untersuchung im Jahr 2015 eindeutig eine Gehörsverschlechterung in den hohen Tönen zeige. Die Überempfindlichkeit und Tendenz zum Hochtönen würden sich nicht bessern. Für lärmige Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer daher sicherlich ungeeignet (Urk. 7/129/6). Es wäre folglich Aufgabe des Gutachters gewesen, sich zum Einfluss dieses somatischen Befundes auf die von ihm gestellte Diagnose einer hypochondrischen Störung zu äussern. Dr. C.\_\_\_\_ kam in seiner Stellungnahme vom 26. Mai 2017 zum Schluss, die Diagnose einer Hypochondrie sei nach Bestätigung der somatischen Diagnose obsolet geworden (Urk. 34 S. 4). Diese Auffassung teilte der RAD-Arzt med. prakt. E.\_\_\_\_, ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser führte am 22. April 2015 aus, die Diagnose einer Hypochondrie habe sich angesichts der nunmehr durch Dr. D.\_\_\_\_ gesicherten somatischen Diagnose erledigt und sei durch diese zu ersetzen (Urk. 6/139/5).

#### 4. 4.1

Mit Blick auf die in E. 1.2 ausführlich dargelegten Voraussetzungen für die Zusprechung einer Rente bei psychischen Leiden ist vorab festzustellen, dass zwischen den Ärzten weitestgehend Einigkeit besteht in Bezug auf die Befunde, die funktionellen Auswirkungen des Leidens, die progressive Entwicklung und die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Schlagzeuglehrer, während die Diagnosestellung, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sowie die Beurteilung der Therapierbarkeit divergieren. 4.2

#### 4.2.1

Ein psychischer Gesundheitsschaden setzt zunächst eine lege artis auf die Vorgaben der internationalen Klassifikation ICD-10 abgestützte psychiatrische Diagnose voraus. Nach einhelliger Meinung der Ärzte besteht vorliegend eine rezidivierende depressive Störung. Dr. C.\_\_\_\_ beschrieb die einzelnen Episoden als regelmässig auftretend und mittelgradig bis schwer (vgl. E. 3.6.3), was sich zwar nicht in den klinischen Untersuchungen durch die Gutachter (vgl. E. 3.1.2 und 3.3.1), aber zumindest in der Untersuchung durch den PUK-Arzt verifizieren liess (vgl. E. 3.6.1). Noch nicht nachvollziehbar erläutert ist die Feststellung von Dr. C.\_\_\_\_ und med. prakt. E.\_\_\_\_, dass aufgrund des im Jahr 2015 festgestellten somatisch bedingten Hörverlusts eine hypochondrische Störung ausser Betracht fällt (vgl. E. 3.6.5). Immerhin war der Beschwerdeführer schon Jahre vor dem Befund auf

einen drohenden Hörverlust fixiert. Umstritten ist schliesslich, ob die Verhaltensauffälligkeiten einem Aspergersyndrom oder einer Persönlichkeitsstörung zuzuordnen sind, wobei in diesem Zusammenhang auch ASS-typische Blockaden zur Diskussion stehen. 4.2.2

B.\_\_\_\_ erachtete die Zuordnung als irrelevant und beide Diagnosen als miteinander vereinbar (vgl. E. 3.5.1). Dieselbe Auffassung vertrat med. prakt. E.\_\_\_\_ in der RAD-Stellungnahme vom 12. Juni 2015

(Urk. 6/139/6 f.) . Beide sprachen sich letztlich für eine Persönlichkeitsstörung aus. Die Argumentation des RAD-Arztes erscheint dabei zu oberflächlich. So verweist er auf eine Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_

aus dem Jahr 2008, obschon sich seither der Befund gemäss B.\_\_\_\_ verschlechtert hat (vgl. E. 3.5.2) und es nicht selten vorkommt, dass sich im Verlauf der Behandlung neue Erkenntnisse ergeben. Das Informatikstudium wurde offenbar nicht parallel zum Schlagzeugspielen geführt, sondern nach der ersten Begutachtung begonnen (vgl. Urk. 6/23). Die doch spezielle Beziehung zu einer Frau wurde vom PUK-Arzt zudem explizit nicht als Ausschlusskriterium für eine ASS beurteilt (vgl. Urk. 15 S. 2 und 5) und von ihm auf den Umstand hingewiesen, dass schon der Wechsel der Felle den Beschwerdeführer beim Schlagzeugspielen irritiert habe (vgl. Urk. 15 S. 2). Zum Diagnosenstreit hielt er nur fest, dass in der Vergangenheit vereinzelte, möglicherweise als präpsychotisch zu wertende Symptome zur Diagnostizierung einer schizotypischen Persönlichkeitsstörung geführt haben könnten. In der Tat würden die Auffälligkeiten aber so weitreichend erscheinen, dass ein Asperger-Autismus die Beschwerden besser erkläre (Urk. 15 S. 5). 4.2.3

Somit beurteilte einzig Dr. C.\_\_\_\_ die diagnostische Differenz hinsichtlich der therapeutischen Interventionsmöglichkeiten, Arbeitsbedingungen sowie der Prognose als bedeutsam. Dazu erläuterte er, mit zunehmendem Alter würden Persönlichkeitsstörungen an Akuität abnehmen, während von einer ASS Betroffene eine verminderte Fähigkeit zur Kompensation der Beeinträchtigung zeigen. Bei einer ASS seien begleitende Erkrankungen schwieriger zu behandeln und zeigten eine Chronifizierungstendenz. Zudem beruhige sich eine Persönlichkeitsstörung im angepassten Arbeitsumfeld eher. Eine Gewöhnung an die Belastung durch alltägliche soziale Interaktionen könne bei von einer ASS Betroffenen indes weder therapiert noch trainiert werden, da es sich um eine Überlastung durch eine sensorisch-neurologische Gegebenheit handle. Schliesslich sei es unzumutbar, Betroffene an einen Arbeitsplatz mit einfachen manuellen oder seriellen Aufgaben, mit tiefen sozial-interaktionellen Anforderungen und einem reizarmen Umfeld zu verweisen. Eine fehlende, an den Ressourcen orientierte Anforderung mindere deren Funktionsniveau empfindlich (Urk. 34 S. 2-4). Hierzu ist zu bemerken, dass B.\_\_\_\_ ebenfalls eine Zunahme der Symptomatologie im Längsverlauf als erwartungsgemäss beurteilte (vgl. E. 3.3.3) und beide Gutachter eine erschwerte Beschwerdeverarbeitung bestätigten (vgl. E. 3.1.2 und E. 3.3.3). Zudem beurteilte Dr. C.\_\_\_\_ das Belastungsprofil erstmals am 26. Mai 2017 als kontraproduktiv und stellte eine Restarbeitsfähigkeit in Abrede (Urk. 34 S. 7). Bei gleichem Erkenntnisstand bezweifelte indes auch B.\_\_\_\_ den Erfolg eines eingliedernden Prozesses (vgl. E. 3.6.4). 4.2.4

Die unterschiedliche Diagnosestellung sowohl mit Bezug auf die Schwere der depressiven Symptomatik als auch das Vorhandensein einer hypochondrischen Störung und die Zuordnung der Persönlichkeits- und Verhaltenspathologie hängt somit vorab mit dem

Zeitpunkt zusammen, in welchem die Beurteilung jeweils abgegeben wurde. Dabei erwies sich das Beschwerdebild des Beschwerdeführers zweifellos insgesamt als sehr komplex und sich im Verlauf trotz andauernder Psychotherapie verschlechternd. In den Arztberichten deutet ferner nichts auf eine künftige gesundheitliche Besserung hin, abgesehen von der fluktuierenden depressiven Symptomatik. Insofern steht trotz des Diagnose streites ausser Frage, dass es sich um ein psychisches Leiden mit massgeblichem Krankheitswert handelt. Soweit für die Folgenabschätzung irrelevant, erübrigt sich deshalb eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts allein im Hinblick auf die Feststellung der „richtigen“ Diagnose. 4.3

#### 4.3.1

Dementsprechend ist nach der Rechtsprechung letztlich die Beeinträchtigung in der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit entscheidend, die – unbesehen der Diagnose und Ätiologie – ausgewiesen und im Ausmass bestimmt sein muss. Diesbezüglich ist im für den Beschwerdeführer mit Blick auf die Rentenprüfung ungünstigsten Fall vom schärfer formulierten Belastungsprofil im zweiten Gutachten auszugehen. Einerseits stellte B.\_\_\_\_ eine Verbesserung der depressiven und Angst-Symptome fest (vgl. E. 3.3.1), was ihm im Vergleich zu Dr. A.\_\_\_\_ eine bessere Beurteilung der Persönlichkeits- und Verhaltenspathologie erlaubte und bei dessen Arbeitsfähigkeitseinschätzung es sich ursprünglich ohnehin nur um eine mittelfristige Prognose handelte (vgl. E. 3.2.1). Andererseits ist auszuschliessen, dass seit der zweiten Begutachtung eine gesundheitliche Besserung eingetreten ist (vgl. E. 3.6.1). 4.3.2

B.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer gestützt auf die Untersuchung vom 3. August 2011 sowie das erste Gutachten eine Restarbeitsfähigkeit von 100 % rückwirkend ab Februar 2009 an einem „isolierten“ Arbeitsplatz unter Aufzählung von möglichen Hilfstätigkeiten und in der Annahme, das ängstliche Schonverhalten sei überwindbar und es bestünden keine massgeblichen kognitiven Einschränkungen. Diese Annahmen erscheinen aufgrund der zwischenzeitlichen Entwicklung wenigstens fragwürdig (vgl. E. 3.6.1 und 3.6.5). Zumindest aber ist die Restarbeitsfähigkeit regelmässig zufolge depressiver Episoden (allenfalls auch ASS-typischer Blockaden) über längere Zeiträume zusätzlich eingeschränkt. Die fehlende Compliance bei der medikamentösen Behandlung der depressiven Symptome muss wohl als psychisch bedingt aufgefasst werden, zumal der Beschwerdeführer unter ärztlicher Anleitung vergeblich mehrere Behandlungsversuche unternahm und B.\_\_\_\_ eine psychisch bedingt ausreichende Mitarbeit bei neuropsychologischen Tests und der Eingliederung aufgrund der Verhaltenspathologie (fixe Position) klar in Frage stellte. Sodann reduzierte sich die Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nach Ansicht von B.\_\_\_\_ per Ende 2014/Anfang 2015 um maximal 50 %. 4.4 4.4.1

Die Frage, ob diese Arbeitsfähigkeit verwertbar ist, muss anhand des ausgeglichenen Arbeitsmarktes beantwortet werden. Dieser ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (BGE 110 V 273 E. 4b). Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, Urteil des Bundesgerichts 9C\_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1 mit Hinweis; ZAK 1991 S. 318, I 350/89 E. 3b). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und

subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, Urteil des Bundesgerichts 9C\_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1 mit Hinweis). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 9C\_95/2007 vom 29. August 2007 E. 4.3 mit Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann aber dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vorneherein als ausgeschlossen erscheint (ZAK 1991 S. 318, I 350/89 E. 3b ; vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C\_910/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.2.1 ). Je restriktiver das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen (Urteil des Bundesgerichts U 42/06 vom 23. Oktober 2006 E. 3.2.3 am Ende). 4.4.2

Die dem Beschwerdeführer attestierte hohe Restarbeitsfähigkeit ist auf den Umstand zurückzuführen, dass Arbeitsplatzbedingungen postuliert werden, wie sie auf dem ersten Arbeitsmarkt kaum anzutreffen sind. So dürfte es bereits schwierig sein, eine Bürohilfstätigkeit zu finden, die keine Interaktion mit anderen Personen voraussetzt. Zudem werden für blosser Hilfstätigkeiten in der Regel keine Einzelbüros, wenn möglich noch ruhig gelegen, zur Verfügung gestellt. In Anbetracht der Schwierigkeiten beim Informatikstudium sowie der Mitarbeit beim Screening in der PUK ist ferner – selbst ohne Nachweis von kognitiven Defiziten ausserhalb der depressiven Episoden – zu bezweifeln, dass der Beschwerdeführer Unterlagen sinnvoll bearbeiten kann. Geräuscharme, allein auszuführende Hilfstätigkeiten im Gartenbau sind ebenfalls schwer zu finden, da sämtliche Tätigkeiten mit einer Motorsäge oder einem Rasenmäher ausser Betracht fallen und man den gemäss den Ausführungen von B. \_\_\_ mitunter im Auftreten bizarr anmutenden Beschwerdeführer wohl nicht alleine zu Kunden schicken kann.

B. \_\_\_ gab darüber hinaus allgemein zu bedenken, dass eine Eingliederung kaum erfolgsversprechend wäre. Dies ist ohne weiteres nachvollziehbar, stellte er beim Beschwerdeführer doch eine deutlich eingeschränkte Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Gespräch fest. Dieser sei im formalen Gedankengang sehr umständlich-kompliziert und auf eigene Vorstellungen eingeeignet. Aus Sicht eines Arbeitgebers erweist sich folglich sowohl die Einarbeitung als auch jede spätere Erteilung von Weisungen als zeitaufwendig bis aussichtslos. Hinzu kommen absehbar wiederkehrende Arbeitsausfälle infolge mittelgradiger bis schwerer depressiver Episoden, allenfalls auch von ASS-typischen Blockaden. Überdies weist der bisherige Krankheitsverlauf auf eine im Alter trotz Psychotherapie zunehmende Psychopathologie hin. Im Übrigen ist der Beschwerdeführer heute bereits 54-jährig und noch nie einer geregelten Vollzeittätigkeit nachgegangen, konnte trotz seiner Intelligenz keine der begonnenen Ausbildungen beenden und verfügt über keinerlei verwertbare Berufserfahrung. In diesem Sinne würde sich auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt kein entgegenkommender Arbeitgeber finden lassen, der bereit wäre, den Beschwerdeführer (schon gar nicht gegen vollen Lohn) einzustellen. 4.5

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt somit zwar nicht restlos geklärt. Aufgrund des heute bereits feststehenden Gesundheitsschadens ist jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass der Beschwerdeführer eine

allfällige Restarbeitsfähigkeit trotz Nischenarbeitsplätzen im hypothetischen, ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könnte. 5.

#### **E. 14**

Dezember 1990 (DBG) bzw. § 18 Abs. 1 des Steuergesetzes vom 8. Juni 1997 (StG) sind indes alle Einkünfte aus einem Handels-, Industrie-, Gewerbe-, Land- und Forstwirtschaftsbetrieb, aus einem freien Beruf sowie aus jeder anderen selbständigen Erwerbstätigkeit steuerbar. Eine blosser Liebhaberei steht vorliegend insbesondere auch beim Entgelt für die Bühnenauftritte nicht zur Diskussion, da diese regelmässig erfolgten und mit Blick auf den IK-Auszug offensichtlich auch für den Lebensunterhalt benötigt wurden (vgl. zur Abgrenzung selbständige Erwerbstätigkeit und Liebhaberei Urteil des Bundesgerichts 2C\_186/2014 vom 4. September 2014 E. 2). Der Beschwerdeführer wurde vom Sozialversicherungsgericht bereits in der Rückweisungsentscheidung vom 30. November 2010 E. 6.4 mit Hinweis auf die Rechtsprechung darauf aufmerksam gemacht, dass solche Einkünfte bei der Invaliditätsbemessung nicht berücksichtigt werden können (Urk. 6/63/8).

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