

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00467 vom 21. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00467](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00467)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00467 du 21 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00467 del 21 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1966, meldete sich erstmals am 19. Oktober 2001 (Ein gangdatum) unter Hinweis auf Depressionen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen und insbesondere dem Einholen des psychiatrischen Gutachtens der Y.\_\_\_\_ vom 3. Juni 2002 (Urk. 7/17) sprach ihm die Invalidenversicherung ab dem 1. Juli 2001 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 79 % eine ganze Rente zu (Verfügung vom 18. September 2002, Urk. 7/22). In der von Amtes wegen eingeleiteten Revision im Jahr 2003 wurde die Rente unverändert bestätigt (Mitteilung vom 4. April 2003, Urk. 7/31).

Im Jahr 2008 leitete die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erneut von Amtes wegen eine Revision ein (Revisionsfragebogen vom 18. Juni 2008, Urk. 7/32). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen setzte die IV-Stelle die ganze Rente rückwirkend auf den 1. Januar 2005 auf eine Dreiviertelsrente herab und hielt fest, dass vom 1. Januar 2005 bis zum 29. Februar 2008 eine Meldepflichtverletzung vorliege und die zu Unrecht bezogenen Leistungen zurückzuerstatten seien. Ab dem 1. Januar 2009 bestehe wieder ein Anspruch auf eine ganze Rente (Verfügung vom 9. November 2009, Urk. 7/57). Hiergegen erhob der Versicherte am 11. Dezember 2009 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht (Urk. 7/59/3 ff.), welche mit Urteil vom 9. Juli 2012 (Verfahrens-Nr. C-7704/2009, Urk. 7/91) abgewiesen wurde.

Inzwischen hatte der Versicherte der IV-Stelle am 27. Oktober 2010 mitgeteilt, dass er ab dem 1. Dezember 2010 einen Arbeitsversuch in der freien Wirtschaft in einem Pensum von 80 % versuchen werde (Urk. 7/65), woraufhin die IV-Stelle eine Rentenrevision eingeleitet hatte (Revisionsfragebogen vom 7. Januar 2011, Urk. 7/71). Nachdem der Arbeitsversuch als Pflegedienstleiter und stellvertretender Betriebsleiter erfolgreich verlaufen war (Urk. 7/78/2), war die Rente mit Verfügung vom 26. Juli 2011 auf Ende des der Zustellung folgenden Monats eingestellt worden (Urk. 7/86).

Am 14. Juni 2013 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an und führte aus, dass er seit dem 27. April 2013 aufgrund derselben psychischen Erkrankung wiederum vollumfänglich arbeitsunfähig sei, wozu noch eine Arthrose im rechten Knie komme (Urk. 7/94). Mit Verfügung vom 27. Januar 2014 wurde dem Versicherten ab dem 1. Juli 2013 eine Übergangsleistung zugesprochen (Urk. 7/118), welche am 23. Mai 2014 wiedererwägungsweise aufgehoben wurde, da die Rente vor dem 1. Januar 2012 herabgesetzt worden sei, womit keine Übergangsleistung ausbezahlt werden könne (Urk. 7/130). Nach weiteren erwerblichen und medizinischen Abklärungen sowie durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 20. August 2015, Urk. 7/150;

Einwand vom 18. September 2015, Urk. 7/152) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 7. März 2016 ab (Urk. 2).

## **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte am 21. April 2016 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei eine psychiatrische Begutachtung (direkt durch das angerufene Gericht oder auf dem Weg der Rückweisung) anzuordnen. Mit Beschwerdeantwort vom 23. Mai 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-165), was dem Beschwerdeführer am 25. Mai 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Der Beschwerdeführer liess sich mit Schreiben vom 24. August 2016 erneut vernehmen und reichte weitere Unterlagen ein (Urk. 9 und Urk. 10/1-2), worüber die Beschwerdegegnerin am 26. August 2016 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 11).

### **E. 2.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 2.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 2.3**

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. 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 im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG 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. 2.4**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, ein zig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

### **E. 2.5**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 3.

Die aktuelle medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen folgendermassen:

### **E. 3**

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzu gehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 3.1**

Med. pract. Z. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. A. \_\_\_\_, Psychologin, hielten in ihrem Bericht vom 27. August 2013 über den stationären Aufenthalt vom 27. Juni bis 27. August 2013 eine rezidivierende depressive Störung seit ca. 2000 bekannt, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) als Eintrittsdiagnose fest (Urk. 7/106).

Der Beschwerdeführer sei ihnen bei mittelgradiger bis schwerer depressiver Symptomatik zur Behandlung zugewiesen worden. Im Behandlungsverlauf sei es zu einem Rückgang von Schlafstörungen und der zum Eintrittszeitpunkt massiven Entscheidungsschwierigkeiten bezüglich alltäglicher Belange gekommen. Ebenso sei eine Stimmungsaufhellung eingetreten. Insgesamt sei er jedoch gering psychisch belastbar geblieben, schnell in

Selbstabwertung geratend bei zeitgleicher Selbstüberforderung durch hohe Ansprüche an die eigene Leistung.

Sie erachteten zum Austrittszeitpunkt eine tagesklinische Anschlussbehandlung zur weiteren Stabilisierung, Alltagsstrukturierung sowie zur Erhöhung der Belastbarkeit als indiziert.

Anamnestisch müsse davon ausgegangen werden, dass beim Beschwerdeführer trotz seiner 100%-Anstellung von Ende 2010 bis zum Eintrittszeitpunkt in die B.\_\_\_\_ keine oder allenfalls nur eine minimale Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Sie gingen angesichts des langjährigen und chronifizierten Verlaufs prognostisch davon aus, dass nur mehr eine geringgradige Arbeitsfähigkeit von ca. 20 bis maximal 40 % zu erreichen sei, die Belastbarkeit aber wohl vorgängig sorgfältig erprobt werden müsste.

### **E. 3.2.1**

Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem zuhanden der CSS Versicherung erstellten psychiatrischen Gutachten vom 20. Februar 2014 eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit selbstunsicher-vermeidenden und narzisstischen Anteilen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen 1) anamnestisch ein Abhängigkeitssyndrom von Tabakwaren (Zigaretten), gegenwärtig abstinert (ICD-10 F17.20) und 2) eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0), differentialdiagnostisch eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) vor (Urk. 7/134/24).

Zusammenfassend sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer erhebliche zwischenmenschliche Probleme erlebe, was er auch selbst als Beschwerden nenne: Unter Berücksichtigung der Anamnese wie auch der Aktenlage sei somit eine erhebliche Persönlichkeitsentwicklungsstörung in seiner Kindheit und Jugend ausgewiesen, die sich überwiegend wahrscheinlich zu einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit selbstunsicher-vermeidenden und narzisstischen Anteilen weiterentwickelt habe. Der Beschwerdeführer beschreibe einerseits eine ehrgeizige und erfolgsorientierte Seite, bei der er sich auch Leistungsfunktionen zumute. Auf der anderen Seite nenne er jedoch auch eine erhebliche Unsicherheit; eine Vermeidung von Konfliktsituationen; den Wunsch, es allein recht zu machen; andauernde Rückversicherungen bei Vorgezungen, ob er auch alles richtig gemacht habe etc. Es bestünden also durchgängig, dysfunktionale Bewältigungsstrategien, insbesondere im zwischenmenschlichen Bereich, was in der Folge zu einer Überforderung mit Suizidalität, Depressivität aber auch zu den von ihm genannten „psychosomatischen“ Beschwerden geführt habe. Eine differentialdiagnostisch zu bedenkende Somatisierungsstörung (ICD-10 F45) sei, gerade unter Berücksichtigung der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsanteile eher unwahrscheinlich, respektive die genannten psychosomatischen Beschwerden seien eher als Ausdruck der Angst, respektive der Anspannung zu verstehen. An dieser Stelle sei ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer keine „geistigen“ Schäden bestünden und er auch an keiner derart schwerwiegend ausgeprägten psychischen Störung leide, dass er völlig ohne zwischenmenschliche Kontakte lebe; so bestehe ein Kontakt zu seiner Kernfamilie. Er zeige sich im Rahmen der Exploration auch in der Lage, sein Anliegen angemessen vorzubringen und eine längerdauernde Untersuchung zu meistern. Auch in seiner Biographie bestünden Hinweise auf Ressourcen, die erkannt, benannt und gefördert werden sollten (Urk. 7/134/36 f.).

Im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei überwiegend wahrscheinlich, soweit dies anhand der Aktenlage, seiner Angaben wie auch der

Erkenntnisse der aktuellen Untersuchung einschätzbar sei, dass er für eine Tätigkeit mit erhöhtem zwischenmenschlichen Kontakt, permanentem Zeit- und Termindruck, hohem Publikumsverkehr, Verantwortungsübernahme für Personen sowie Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit (z.B. Leiter Pflege und Betreuung) zu 80 % (von 100 %) arbeitsunfähig sei. Für Tätigkeiten mit wenig intensivem zwischenmenschlichen Kontakt (Datenbankpflege, Arbeit an PC's etc.), respektive sogenannten Verweistätigkeiten, sei hingegen eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % (von 100 %) anzunehmen, wobei auch die Interessen und Neigungen des Beschwerdeführers berücksichtigt worden seien. Für den Haushalt sei eine Einschränkung von 20 % anzunehmen, da er sich hierbei weitgehend in einem ihm vertrauten und als nicht bedrohlich erlebten Umfeld bewegen und auch seine Aktivitäten weitgehend ohne Druck planen und durchführen, respektive aufschieben könne (Urk. 7/134/37 f.).

### **E. 3.2.2**

Die CSS Versicherung stellte am 24. März 2014 Rückfragen an Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 7/134/7 f.), welche er am 19. April 2014 beantwortete (Urk. 7/134/2 ff.). Dr. C.\_\_\_\_ ergänzte insbesondere, dass der Beschwerdeführer eine deutlich verminderte Belastbarkeit aufweise, rasch irritierbar und wenig flexibel sei und bereits bei geringem Anlass zu einem inneren Rückzug neige und ängstlich-depressiv reagiere, was aus versicherungspsychiatrischer Sicht auch in einer Verweistätigkeit mit vergleichsweise wenig zwischenmenschlichen Kontakten eine reduzierte Arbeitsfähigkeit von 40 % begründe (Urk. 7/134/5).

### **E. 3.3**

Die behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_ notierten in ihrem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Arztbericht vom 10. Juni 2014 (Eingangsdatum) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/132/2): - Rezidivierende depressive Episode, derzeit schwer (ICD-10 F33.1), bestehend seit Jahren - Zwangsgedanken/Grübelzwang (ICD-10 F42.0), bestehend seit Jahren

Der Beschwerdeführer habe sich bei ihnen in der psychiatrischen Tagesklinik vom 23. September 2013 bis zum 28. März 2014 in Behandlung befunden.

Aufgrund der über viele Jahre bestehenden Zwangssymptomatik und der damit im Zusammenhang stehenden depressiven Symptomatik handle es sich um eine chronifizierte Krankheitssymptomatik. Eine Steigerung einer geringfügigen Nebentätigkeit, die er habe bewältigen können, habe im Jahr 2010 zu einer Rückkehr an einen vollen Arbeitsplatz geführt. Der Beschwerdeführer sei jedoch sehr schnell wieder überfordert gewesen. Vom Arbeitgeber sei eine verwertbare Arbeit in den ersten 6-12 Monaten zurückgemeldet worden, danach sei keine Arbeitsleistung im Anstellungspensum mehr vorhanden gewesen. Aufgrund dieser Situation müsse davon ausgegangen werden, dass es sich um eine chronifizierte Symptomatik handle, die sich nicht grundlegend bessern werde und schnell zu einer Überlastung und Verschlechterung der Symptomatik führe.

Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegefachmann/Pflegedienstleiter vom 23. September 2013 bis zum 28. März 2014 voll umfänglich arbeitsunfähig gewesen. Er sei aufgrund des Grübelzwangs und der dauerhaften Hinterfragung eigener Handlungen kaum in der Lage, sich mit Anforderungen im beruflichen Alltag auseinanderzusetzen. Handlungen und Äusserungen, die grundsätzlich adäquat seien, würden durch diese Struktur dauernd hinterfragt und führten so zu einer Abkehr von der Auseinandersetzung mit der Umgebung. Der Gedankengang und die

Konzentration seien ein geengt auf die jeweiligen Gedanken.

#### **E. 3.4**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm nach Erlass des Vorbescheides vom 20. August 2015 (Urk. 7/150), welcher eine Leistungsabweisung in Aussicht stellte, am 9. September 2015 ausführlich Stellung zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/151). Im Wesentlichen hielt sie fest, dass die Kriterien für eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome seit April 2014 die überwiegende Zeit erfüllt seien. Es lägen mehrere langdauernde depressive Episoden vor. Während der Berufstätigkeit in der F.\_\_\_\_ von Dezember 2010 bis 2012 sei eine weitgehende Besserung während mindestens 6 Monaten bis ein Jahr vorhanden gewesen. Die jetzige depressive Episode bestehe andauernd seit mindestens April 2014. Damit seien auch die Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung erfüllt (Urk. 7/151/4).

Des Weiteren zeige sich beim Beschwerdeführer als Kontrast zu seiner äusseren Erscheinung eine ausgeprägte Ängstlichkeit und Unsicherheit, was sich in körperlicher Anspannung mit Nesteln äussere. Er könne nur eingeschränkt eine eigene Meinung oder Entscheidung finden und vertreten aus Angst vor innerer oder äusserer Kritik. Die Selbstwahrnehmung sei verzerrt: Er nehme sich als verachtenswert, dicken und stinkenden Mann wahr. Er vermeide, in den Spiegel zu schauen, da er sich nicht ausstehen könne. In Beziehung zu anderen Menschen werde ein dysfunktionales Verhaltensmuster von ängstlicher Anspannung, Unterordnung, Bedürfnis nach Absicherung, starkem Konfliktvermeidungsverhalten und Rückzug beobachtet. Das Verhaltensmuster sei andauernd und gleichförmig und werde teilweise durch die Ehefrau und die Familie kompensiert. Es sei - laut Fremdanamnese der Ehefrau - der Grund für häufige Abteilungs- und Stellenwechsel vor der Erkrankung im Jahr 2000 gewesen. Während der depressiven Episoden sei überlagernd die depressive Symptomatik im Vordergrund gestanden, die Grundstruktur des Verhaltens sei erhalten geblieben. In den Zeiträumen der weitgehenden Besserung der Depression habe das dysfunktionale Verhaltensmuster zur Überforderung und zum Scheitern an den Arbeitsstellen geführt. Die Verhaltensmuster der Cluster C Persönlichkeitsstörungen seien weniger auffallend und verursachten keinen oder einen geringen Leidensdruck bei der sozialen Umwelt. Die Depression sei im Sinne einer Komorbidität zu verstehen und führe nicht zu diesem anhaltenen Verhaltensmuster. Die diagnostischen Kriterien der ICD-10 für eine ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) seien erfüllt (Urk. 7/151/7 ff.).

Der Beschwerdeführer sei des Weiteren im Bereich der Selbstpflege, der Verkehrsfähigkeit, in den familiären bzw. intimen Beziehungen, bei der Anpassung an Regeln und Routine sowie der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Durchhaltefähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und in der Selbstbehauptung eingeschränkt. Besonders zu kommentieren sei die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenz, welche in der Selbsteinschätzung als auch Fremdeinschätzung deckungsgleich als schwer beeinträchtigt eingeschätzt werde. Nachdem der Beschwerdeführer dreimal in verschiedenen Funktionen des erlernten Berufs gescheitert sei, stelle sich die Frage nach einer Verweistätigkeit im Fachbereich, wie im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ erwähnt. Auch eine solche Tätigkeit sei aufgrund des psychopathologischen Beziehungsmusters der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung mit Schwierigkeiten verbunden. Der Beschwerdeführer müsste in einem höheren Umfang angeleitet und gestützt

werden (z.B. durch einen Coach), als dies an der letzten Stelle in der F.\_\_\_\_ durch den Stellvertreter erfolgt sei. Falls die berufliche Reintegration erwogen werde, sei das Risiko eines Rezidivs beim Scheitern sorgfältig abzuwägen (Urk. 7/151/9 f.).

### **E. 3.5**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 2. Oktober 2015 aus, dass beim Beschwerdeführer neben der bekannten psychiatrischen Erkrankung eine arterielle Hypertonie vorliege, welche medikamentös behandelt werde, wobei zu erwähnen sei, dass die psychische Situation den Blutdruck stark beeinflusse. So zeigten sich in der letzten Zeit erneut sehr hohe Blutdruckwerte trotz gewissenhafter Medikamenteneinnahme, welche in diesem Rahmen über längere Zeit relevant seien im Sinne von drohenden Endorganschäden (Gefäße, Niere, Augen etc.). Zudem bestünden im Rahmen der Blutdruckerhöhung auch vegetative Symptome wie Schwitzen, was ihn in der Lebensqualität zusätzlich beeinflusse. Weiter bestehe eine ausgeprägte Polyarthrose mit vor allem Beteiligung der Kniegelenke, weswegen der Beschwerdeführer täglich Schmerzmittel einnehmen müsse. Die Kniegelenksarthrose schränke ihn in der Beweglichkeit deutlich ein und würde auch ohne psychiatrische Begleiterkrankung eine Arbeitstätigkeit mit längeren Gehstrecken und Heben von Lasten verunmöglichen (Urk. 7/155/4).

### **E. 3.6**

Med. pract. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 7. November 2015 über das konsiliarische Erstgespräch folgende Diagnosen fest (Urk. 7/155/3): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (ICD-10 Z61.3)

Aufgrund des langen Verlaufs des Störungsbildes sowie auch der gut gemeinten, aber „missglückten“ Selbstintegration empfahlen sie dringend eine wohlwollende erneute Rentenprüfung, da der Beschwerdeführer aufgrund des schwergradigen Störungsbildes prognostisch weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig bleiben werde. Eine berufliche Integrationsmassnahme zum jetzigen Zeitpunkt werde nicht empfohlen. Therapeutisch empfahlen sie die Fortsetzung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. I.\_\_\_\_. Es könne des Weiteren eine stationäre antidepressive Behandlung auf einer Psychotherapiestation geprüft werden; darüber hinaus empfahlen sie aufgrund verschiedener defizitärer Symptomatik eine ambulante neuropsychologische Abklärung (Urk. 7/155/3). 4.

Der medizinische Sachverhalt erweist sich als nicht genügend abgeklärt: 4.1

Der Beschwerdeführer stand lediglich im Zeitraum vom 27. Juni bis 27. August 2013 in der Behandlung von med. pract. Z.\_\_\_\_ und lic. phil. A.\_\_\_\_ (E. 3.1). Der Bericht kann damit nicht zur Beurteilung der aktuellen Arbeitsfähigkeit herangezogen werden. 4.2

Das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ kann ebenfalls nicht zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit herangezogen werden: Zum Einen konnte er - aufgrund mangels Einverständnis des Beschwerdeführers - keine ergänzenden Akten bei den behandelnden Ärzten einholen, bzw. Kontakt zu den behandelnden Ärzten und Therapeuten aufnehmen (Urk. 7/134/10). Zum Anderen ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, wie Dr. C.\_\_\_\_ anlässlich der rund 2

Stunden dauernden Exploration zur Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbst unsicher-vermeidenden und narzisstischen Anteilen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit kommen konnte: Med. pract. Z.\_\_\_\_ und lic. phil. A.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer über einen Zeitraum von rund 2 Monaten stationär (E. 3.1) behandelten, als auch die behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer vom 23. September 2013 bis zum 28. März 2014 in der Tagesklinik betreuten, diag nostizierten keine Persönlichkeitsstörung (E. 3.3 und Urk. 7/134/46 ff.). Die abweichende Diagnosestellung von Dr. C.\_\_\_\_ kann - da dieser eine ausführliche Begründung unterliess, warum er abweichend von den behandelnden Ärzten eine Persönlichkeitsstörung diagnostizierte - nicht ohne weiteres nachvollzogen werden. Entsprechend kann nicht auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ abgestellt werden. 4.3

Der Beschwerdeführer wurde vom 23. September 2013 bis zum 28. März 2014 in der D.\_\_\_\_ behandelt. Die behandelnden Ärzte berücksichtigten bei den Befunden in ihrem Bericht vom 10. Juni 2014 (E. 3.3, Urk. 7/132/3) nebst den objektiven Befunden auch das subjektive Empfinden, so dass die gestellten Diagnosen, die attestierte Arbeitsfähigkeit und die schlechte Prognose nicht schlüssig nachvollziehbar sind. Hinzu kommt, dass die Behandlung im Verfügungszeitpunkt bereits rund zwei Jahre zurücklag, so dass nicht ohne weiteres auf die damalige Arbeitsfähigkeitseinschätzung abgestellt werden kann. Der Bericht der behandelnden Ärzte der D.\_\_\_\_ eignet sich somit nicht zur abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 4.4

Die ausführlichen Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/138 und Urk. 7/151) lassen ebenfalls keine abschliessende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu, da Dr. E.\_\_\_\_ nebst den objektiven Befunden auch die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und die psychosozialen Belastungsfaktoren in ihre Beurteilung mitein bezog (vgl. Urk. 7/151/2): So hielt sie unter anderem fest, dass die depressive Symptomatik des Beschwerdeführers im langjährigen Krankheitsverlauf gesehen sehr schwankend und in hohem Masse von äusseren und inneren Belastungsfaktoren abhängig sei (Urk. 7/151/2). Des Weiteren berücksichtigte sie nicht nur die objektiven Beeinträchtigungen seiner Fähigkeiten sondern auch seine Selbsteinschätzung (Urk. 7/151/9). Hinzu kommt, dass auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen ist, dass behandelnde Arztpersonen und Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.5

Med. pract. H.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 7. November 2015 eine vollum fängliche Arbeitsunfähigkeit fest. Eine genauere Darstellung, ob dies für die angestammte und für eine angepasste Tätigkeit gelten soll oder dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zumutbar wäre, unterblieb. Es bleibt auch unklar, in welchen Fähigkeiten der Beschwerdeführer durch die gestellten Diagnosen eingeschränkt sein soll, da med. pract. H.\_\_\_\_ lediglich festhielt, dass der Beschwerdeführer aufgrund des schwergradigen Störungsbildes prognostisch weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig bleiben werde (E. 3.6; Urk. 7/155). 4.6

Allerdings kann auch nicht auf die Ausführungen des RAD-Arztes med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juli 2015 (Urk. 7/149/6 f.) und vom 29. Februar 2016 (Urk. 7/160) abgestellt werden. Gegen die Argumentation der behandelnden Ärzte bringt er im Wesentlichen vor, dass sie das positive Leistungsbild nicht hinreichend würdigen würden. Er selbst hingegen beschränkt sich weitestgehend auf die

Erörterung des positiven Leistungsbildes - die langandauernde, sowohl stationäre, tagesklinische und ambulante Behandlung, welche ein gewichtiges Indiz für den Leidensdruck des Beschwerdeführers darstellt, blieb bei ihm weitgehend unberücksichtigt. Des Weiteren attestieren sämtliche behandelnden Ärzte als auch der Gutachter Dr. C. \_\_\_ eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit, so dass zumindest geringe Zweifel an der reinen Aktenbeurteilung von med. pract. E. \_\_\_ bestehen. Damit kann - gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung - nicht auf den versicherungsinernen ärztlichen Bericht abgestellt werden, da bereits geringe Zweifel an seiner Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit den Beweiswert zu entkräften vermögen ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 4.7

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Entsprechend ist der im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Bericht von F. \_\_\_, Psychologin FSP und Ergotherapeutin EVS, über die neuropsychologische Abklärung vom 1. und 4. April 2016 (Urk. 3/9) unbeachtlich im vorliegenden Beschwerdeverfahren.

Aus dem ebenfalls erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. E. \_\_\_ vom 19. März 2016 (Urk. 3/8) gehen keine neuen Erkenntnisse hervor. 4.8

Festzuhalten bleibt, dass der psychische Gesundheitszustand aufgrund der vorliegenden Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden kann. Die Sache ist demnach an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (E. 2).

## **E. 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 Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
HurstSchwegler

### **E. 5.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

## E. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'900.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 7. März 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Keiser -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft)

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