

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00560 vom 24. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00560

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00560 du 24 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00560 del 24 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 28 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinander folgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV).

E. 1.4

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 1.5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität

und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Hiergegen erhob die Pensionskasse X. ___ am 11. Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 8. April 2016 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass der Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Diese schloss mit Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2016 (Urk. 6) auf teilweise Gutheissung der Beschwerde im Sinne einer erneuten Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts. Da von wurde der Pensionskasse X. ___ mit Verfügung vom 23. Juni 2016 (Urk. 8) Kenntnis gegeben. Gleichzeitig wurde Y. ___ zum Prozess beigeladen. Er liess sich in der Folge nicht vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2016 (Urk. 2/1) insbesondere gestützt auf das psychiatrische Gutachten

von Dr. C. ___ vom 29. Oktober 2015 und dessen ergänzende Stellungnahme vom 24. März 2016 davon aus, dass der Beigeladene seit dem 22. März 2013 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt und namentlich wegen einer paranoiden Schizophrenie auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig sei. Ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100 % stehe ihm des halb ab dem 1. März 2014 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu.

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen entgegen (Urk. 1 S. 9 ff.), auf das Gutachten von Dr. C. ___ könne nicht abgestellt werden, da es weder in diagnostischer Hinsicht noch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung zu überzeugen vermöge. Insbesondere hätten zum Zeitpunkt der Begutachtung die für eine paranoide Schizophrenie vorausgesetzten Symptome nicht vorgelegen und bestehe zumindest in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2016 hielt die Beschwerdegegnerin da für (Urk. 6 S. 2 f.), die Erfüllung der Diagnosekriterien einer paranoiden Schizophrenie sei fragwürdig und insbesondere im psychiatrischen Gutachten von Dr. C.____ nicht nachvollziehbar aufgezeigt worden. Zudem bestünden Unklarheiten betreffend den Verlauf der angeblichen Erkrankung und stelle sich die Frage, ob die Beschwerdesymptomatik nicht vorwiegend mit der zeitweisen mangelnden Medikamenten-Compliance beziehungsweise mit der Umstellung der jeweiligen Medikation zu tun haben könnte. Unklar bleibe auch der Einfluss des aktuell immer noch bestehenden regelmässigen Cannabiskonsums. 3. 3.1

Die psychiatrische Ersthospitalisation des Beigeladenen erfolgte vom 5. Mai bis 8. Juni 2011 – nach Einweisung per fürsorglichem Freiheitsentzug (FFE) wegen Selbstgefährdung – in der Klinik

D.____ (Austrittsbericht vom 6. Juli 2011, Urk. 7/65/9). Dort wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Ziff. 1): - Paranoide Schizophrenie, Beobachtungszeitraum weniger als ein Jahr (ICD-10 F20.09) - Differentialdiagnosen (DD): - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: psychotische Störung (ICD-10 F12.50) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1)

Die Ärzte hielten zu den Zuweisungsumständen und den aktuellen Beschwerden bei der Aufnahme fest, der Beigeladene habe sich gemäss Angaben seines Vaters seit zwei bis drei Wochen zunehmend zurückgezogen, sei innerlich «abwesend» und völlig «anders» als sonst gewesen. Am Abend der Einweisung habe er im Jugendraum ein Messer gezogen und gedroht, sich damit umzubringen beziehungsweise sich dieses in den Bauch zu stossen. Kollegen hätten ihm das Messer entreissen können. Bei Eintritt sei der Beigeladene sehr angetrieben gewesen, habe eine stationäre Behandlung abgelehnt und jegliche Medikation verweigert. Aufgrund der angespannten Situation, der Flucht tendenz und der nicht auszu schliessenden fortbestehenden Eigen- und Fremdgefährdung habe der Beigeladene unter Hinzuziehung eines grösseren Aufgebots isoliert und zwangsmediziert werden müssen (S. 1 Ziff. 2).

Den psychopathologischen Befund bei der Aufnahme schilderten die Ärzte wie folgt (S. 2 Ziff. 4): «Wach, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person vollständig orientiert. Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit reduziert, Gedächtnis intakt. Formalgedanklich zerfahren, ideenflüchtig, Vorbeireden. Wahngedanken, Körperhalluzinationen (der Teufel stecke in ihm). Affektiv dysphorisch, teils gereizt, reduziert schwingungsfähig. Antrieb gesteigert, psychomotorisch unruhig. Akute Suizidalität vorhanden, Fremdgefährdung nicht auszuschliessen.»

Unter dem Titel Therapie und Verlauf führten die Ärzte aus, der Beigeladene sei mit akuten Wahngedanken, Konzentrationsstörungen und Störungen im formalen Denken zunächst auf die Akutstation mit Schwerpunkt Psychosebehandlung eingetreten. Initial habe er bei ausgeprägtem Agitiertsein, fehlender Bündnisfähigkeit und anhaltender akuter Eigen- und Fremdgefährdung (Umstossen des Dienstarztes) isoliert und zwangsmediziert werden müssen. In der Folge sei nach ausführlicher Aufklärung eine antipsychotische Medikation mit Olanzapin bis 15 mg/d angesetzt worden, welches gut vertragen worden sei. Die Anspannung und Angetriebenheit hätten erfolgreich mit Lorazepam behandelt werden können. Zur regelmässigen Medikamenteneinnahme habe der Beigeladene nur mit Mühe, durch regelmässige motivationsfördernde Gespräche, bewegt werden können. Trotz intensiver Aufklärung habe sich im Verlauf eine Non-Compliance hinsichtlich der

Medikamenteneinnahme entwickelt. Es sei auch zu einem positiven Nachweis eines erneuten Cannabiskonsums und zu einer Entweichung mit freiwilliger Rückkehr in Begleitung des Vaters gekommen. Der Beigeladene habe an Einzelgesprächen, Psychoedukation und IPT (Integriertes Psychologisches Therapieprogramm) im Gruppensetting sowie Ergo- und Bewegungstherapie teilgenommen. Bei leicht gebesserter Symptomatik habe er trotz noch bestehender Defizite (Konzentrationsminderung, Angetriebenheit, Selbstüberschätzung) vorzeitig auf einen Austritt gedrängt. Er und sein Vater seien ausführlich über die Risiken der beabsichtigten vollumfänglichen Wiederaufnahme seiner Berufstätigkeit und die aktuell aus ärztlicher Sicht nicht gegebene Fahreignung aufgeklärt worden. Bei inzwischen nicht mehr vorliegender akuter Eigen- oder Fremdgefährdung sei der Beigeladene entsprechend seinem Wunsch und gegen ärztlichen Rat in seine angestammten Verhältnisse entlassen worden, wobei er hinsichtlich der schwierigen Medikamenten-Compliance habe dazu gewonnen werden können, nach Austritt wenigstens eine Tagesdosis von 5 mg Olanzapin weiter einzu nehmen (S. 3 Ziff. 5).

Die Ärzte empfahlen eine Fortführung der stationären Therapie und eine daran anschließende längerfristige integrative psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sowie eine fortgesetzte Cannabisabstinenz. Aufgrund des Verlaufs und der Ausprägung der psychotischen produktiven Symptomatik sowie der initial ausgeprägten kognitiven Defizite sei die Einnahme von Olanzapin (in nach Klinik und Verträglichkeit angepasster Dosierung) bis zum Erreichen einer Vollremission und darüber hinaus für mindestens ein Jahr Symptomfreiheit zu befürworten (S. 3 Ziff. 6).

Wegen eines akuten paranoid-halluzinatorischen Syndroms im Rahmen der Schizophrenie war der Beigeladene vom 22. bis 25. März 2013 (Austritt gegen ärztlichen Rat) und vom 27. März (Einweisung mittels fürsorglicher Unterbringung [FU] wegen Selbstgefährdung) bis 10. Juni 2013 erneut in der D. ___ hospitalisiert (Austrittsbericht vom 7. Juni 2013, Urk. 7/65/12-15). Dort wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - Psychiatrische Diagnosen und Belastungsfaktoren: - Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2) - Somatische Diagnosen: - Oberflächliche Verletzung des Kopfes: Prellung (ICD-10 S00.95) - Prellung des Augapfels und des Orbita-Gewebes (ICD-10 S05.1)

Bezüglich der Zuweisungsumstände berichteten die Ärzte, der Beigeladene sei am 22. März 2013 freiwillig wegen einer zunehmenden psychotischen Symptomatik eingetreten und am 25. März 2013 gegen ärztlichen Rat wieder ausgetreten. Zum Eintrittszeitpunkt habe er befürchtet, einen psychotischen Rückfall zu erleiden. Nach dem letzten Aufenthalt habe er die Medikamente sofort abgesetzt und keinen Psychiater aufgesucht. Er sei ein «sturer Kopf». Seit etwa einer Woche habe er seine Umgebung, vor allem die Kollegen am Arbeitsplatz, als bedrohlich wahr genommen. Er habe das Gefühl, sie könnten seine Gedanken beeinflussen, hätten sich gegen ihn verschworen. Eine Realitätsüberprüfung sei eingeschränkt möglich gewesen. Der Beigeladene habe ausserdem berichtet, aufmunternde Stimmen («das wird schon wieder») zu hören. Auch könne er sich nicht mehr richtig spüren, erlebe sich selbst als «unvertraut». Seit mehreren Wochen schwitze er vermehrt, fühle sich unruhig und angespannt und schlafe kaum noch (zuletzt nur noch ein bis zwei Stunden pro Nacht). Bis vor zwei Tagen habe er ein bis zwei Joints pro Tag konsumiert. Aufgrund der Anspannung rauche er eine Schachtel Zigaretten pro Tag. Alkohol

konsumiere er unregelmässig und nur selten im Übermass. Am 27. März 2013 sei der Beigeladene notfallmässig und in Begleitung seiner Eltern sowie der Sanität per FU wegen Selbstgefährdung zurückgekommen, nachdem er sich selbst mit einem Messer bedroht gehabt habe. Durch Zureden und Unterstützung der Eltern habe er in das Isolationszimmer gebracht und zur Einnahme von Diazepam 10 mg und Haloperidol 5 mg bewegt werden können. Bezüglich Eigen- oder Fremdgefährdung sei er nicht absprachefähig gewesen (S. 1).

Die Ärzte beschrieben folgenden psychopathologischen Befund (S. 2): «22.03: Wach, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person vollständig orientiert. Im interpersonellen Kontakt freundlich, situationsadäquat, Stimme monoton. Leichte Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen, leichte Konzentrationsstörungen, keine mnestischen Störungen. Formalgedanklich verlangsamt, Gedankenabreisen, schildert wahnhaftes Erleben im Sinne von Beeinträchtigungswahn und paranoider Eigenbeziehungssetzung, akustische Halluzinationen in Form von «aufbauenden» Stimmen, visuelle Halluzinationen wahrscheinlich, Ich-Störungen in Form von Depersonalisation und Gedankenbeeinflussung. Im Affekt dysthim, affektstarr und -arm, emotionale Schwingungsfähigkeit vermindert, Antrieb vermindert, psychomotorisch eher verlangsamt, keine circadianen Besonderheiten, Nachtschlaf vermindert, Appetitlosigkeit, Zukunftsängste, Zwänge nicht erfragt, keine akute Suizidalität. Keine Fremdgefährdung.

27.03.: Bei Eintritt gedanklich zerfahren, stark verängstigt, angespannt und weinerlich, verlangte immer wieder nach seinen Eltern. Die Reaktionen erfolgten verzögert, Fragen wurden nicht beantwortet, der Patient befolgte widerwillig die Anweisungen des Teams. Bezüglich Eigen- und Fremdgefährdung nicht absprachefähig.»

Unter dem Titel Diagnostik, Therapie und Verlauf hielten die Ärzte fest, der Beigeladene sei aufgrund einer akut-halluzinatorischen Symptomatik mit akuter Selbstgefährdung zunächst im Isolationszimmer reizabgeschirmt worden. Im Rahmen von massiven psychotischen Ängsten sei er im Isolationszimmer mehrfach ungebremst gegen die Wand gelaufen und habe sich dabei Prellungen des Kopfes und der Augen zugezogen. Er habe angegeben, die «Bilder in seinem Kopf» nicht länger ertragen zu können. Daraufhin sei bis zur Stabilisierung des psychotischen Zustandsbildes eine Fixierung und 1:1-Betreuung erfolgt. Er habe sich schnell von den physischen Verletzungen erholt und keine neurologischen Ausfälle oder Visuseinschränkungen verzeichnet. Auch das psychotische Zustandsbild habe sich bald gebessert. Jedoch hätten sich immer wieder schnelle Stimmungswechsel mit Zunehmen der Wahnsymptomatik, Reizüberflutung und Anspannung gezeigt, so dass der Beigeladene ein weiteres Mal isoliert werden müsse. Er habe im psychotisch-agitierten Zustand Diazepam und Haloperidol erhalten, welches nach Besserung der Positivsymptomatik auf Olanzapin umgestellt worden sei. Im Rahmen der Haloperidol-Reduktion sei es wiederum zur Re-Exazerbation der paranoid-halluzinatorischen Positivsymptomatik gekommen, so dass das therapeutische Regime um Paliperidon erweitert worden sei. Der Beigeladene habe im Verlauf mit Gewinn am Stationsprogramm teilnehmen können, bestehend aus einer Psychoedukationsgruppe für von Psychose betroffene Patienten, Ergo- und Bewegungstherapiegruppe, Expositionsübungen sowie verbalen therapeutischen Einzelgesprächen. Er habe die Tendenz gezeigt, sich von den Mitpatienten zurückzuziehen, sich aber gut in die Patientengemeinschaft integrieren können. Im kognitiven Bereich habe sich eine gut erhaltene Leistungsfähigkeit gezeigt, der Beigeladene habe sich im Verlauf

zunehmend selbst strukturieren und Hobbies wieder aufnehmen können. Situationen, die Überforderungs- und Angstgefühle auslösten (öffentliche Verkehrsmittel), habe er in motivierter Weise in einem Expositionstraining zunehmend erfolgreich eingeübt. In einem Standortgespräch mit dem Arbeitgeber sei dem Beigeladenen die Kündigung aus gesprochen worden. Vor Austritt seien das weitere Prozedere und Massnahmen zur Rückfallprophylaxe (Medikamenten-Compliance, Stressreduktion, regelmässige psychiatrische Betreuung) einzeln mit dem Beigeladenen und in einem Familiengespräch thematisiert und Notfallstrategien für die Zeit nach Abschluss der stationären Behandlung besprochen worden. Zum Austrittszeitpunkt sei der Beigeladene in Bezug auf psychotisches Erleben remittiert gewesen, es hätten keine Gefährdungsaspekte vorgelegen (S. 3).

Die Ärzte empfahlen, die Medikation sollte zwecks Remissionserhaltung und Rezidivprophylaxe langfristig in der aktuellen Dosis weiter eingenommen werden. Die Depot-Medikation sollte einmal monatlich intramuskulär injiziert werden. Unabdingbar sei zudem eine engmaschige therapeutische Begleitung. Um den Beigeladenen bei der Tagesstrukturierung und der Förderung der Eigenverantwortung zu unterstützen und die Arbeitsfähigkeit schrittweise wiederherzustellen, werde eine teilstationäre Anschlussbehandlung im Psychiatriezentrum E.____ empfohlen (S. 3 f.). 3. 3

Aufgrund einer psychotischen Exazerbation im Rahmen der bekannten paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) war der Beigeladene vom 28. August bis 25. September 2013 freiwillig, zugewiesen durch die Tagesklinik,

erneut in der Klinik

D.____

hospitalisiert (Austrittsbericht vom 3. Oktober 2013, Urk. 7/65/24-26).

Die Ärzte führten hinsichtlich der Zuweisungsumstände aus,

der Beigeladene leide seit vier Wochen an taktilen, visuellen und akustischen Halluzinationen (Ameisen würden über ihn laufen), er fühle sich beobachtet und schnell reizüberflutet, die Realitätsüberprüfung sei nur teilweise möglich.

Zudem leide er an einer Negativ-Symptomatik (sozialer Rückzug, Konzentrationsstörungen, Gefühl innerer Leere, fehlende Lebensfreude, Erschöpfung, Antriebslosigkeit, negatives Gedankengereisen, Wunsch nach Pause). Aktuell sei er vollständig und glaubhaft absprachefähig bezüglich Suizidalität. Aufgrund von Schlafstörungen habe er wieder begonnen, regelmässig Cannabis zu konsumieren (S. 1).

Den psychopathologischen Befund bei der Aufnahme schilderten die Ärzte folgendermassen: « Wach, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person vollständig orientiert. Keine Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen, anamnestisch Konzentrationsstörungen, keine mnestischen Störungen. Im formalen Denken: Gedankendrängen, inhaltliche Denkstörungen: Beobachtungserleben, Sinnestäuschungen: taktil, akustisch, visuell, keine Ich-Störungen. Im Affekt dysthym, emotionale Schwingungsfähigkeit intakt, Antrieb und Psychomotorik vermindert, keine circadianen Besonderheiten, Nachtschlaf ungestört, Appetit vermindert, Ängste im Rahmen der psychotischen Symptomatik, keine Zwänge, keine akute Suizidalität. Keine Fremdgefährdung (S. 2).

Unter dem Titel Diagnostik, Therapie und Verlauf vermerkten die Ärzte, im Vordergrund hätten taktile Halluzinationen, Beobachtungserleben, Reizüberflutung, Schlafstörungen und eine Negativsymptomatik gestanden. Die Medikation sei vorübergehend angepasst worden. Es habe sich eine vollständige Remission der Halluzinationen und des wahnhaften Erlebens eingestellt. Der Antrieb habe sich normalisiert und es sei zu einer deutlichen Stimmungsaufhellung gekommen. Der Beigeladene habe sich offen und freundlich im Kontakt gezeigt und sich gut in die Patientengemeinschaft integrieren können. Er sei krankheitseinsichtig und medikamentencompliant gewesen, habe motiviert und zuverlässig am Stationsprogramm, bestehend aus Psychoedukation, einem kognitiven Training, einem integrierten psychologischen Programm für Psychosepatienten, Ergo- und Bewegungstherapie sowie kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzelgesprächen, teilgenommen. Der Notfallplan zum Umgang mit Frühwarnzeichen und einem möglichen Rezidiv sei erneuert und angepasst worden. Der Beigeladene habe rechtzeitig seine Bedürfnisse und Belastungsgrenzen wahrgenommen. Er sei in nahezu remittiertem Zustand in die tagesklinische Behandlung übergetreten (S. 2).

Die Ärzte empfahlen

eine Fortführung der Medikation mit Olanzapin und der Depotmedikation mit Paliperidon. Zudem seien eine zunächst tagesklinische und anschliessend ambulante psychiatrische Behandlung sowie

eine Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung dringend indiziert (S. 3).

Laut Bericht der Klinik

D. ___ vom 16. Januar 2014 an die Beschwerdegegnerin war der Beigeladene zum Austrittszeitpunkt am 25. September 2013 aufgrund der psychotischen Symptomatik weiterhin arbeitsunfähig (Urk. 7/16/5 Ziff. 1.9). 3. 4

Vom 1. Juli bis 27. August 2013 und vom 30. September 2013 bis 31. Januar 2014 erfolgte eine teilstationäre Behandlung des Beigeladenen im Psychiatriezentrum E. ___. Dr. F. ___, Oberärztin, stellte in ihrem Bericht vom 13. Februar 2014 (Urk. 7/17) an die Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) - Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1), aktuell abstinente

Sie berichtete, anlässlich der teilstationären Behandlung vom 1. Juli bis 27. August 2013 sei es nach anfänglicher Besserung trotz adäquater Medikation wieder zu einer deutlichen Zunahme der psychotischen Symptomatik gekommen, sodass vom 28. August bis 25. September 2013 eine weitere Hospitalisation in der Klinik D. ___ notwendig geworden sei. Anschliessend sei die teilstationäre Behandlung vom 30.

September 2013 bis 31. Januar 2014 fortgesetzt worden. Der Beigeladene habe täglich am multimodalen Therapieprogramm (aus druckzentrierte Therapien, Bewegungstherapien, Ergotherapie, Achtsamkeit, Sozialkompetenz-Training, Gruppe für Wohnen-Arbeit-Freizeit und Psychoedukation) teilgenommen und könne zunehmend akzeptieren, dass er eine Erkrankung mit längerem Verlauf habe. Seine Stimmungseinbrüche hätten stark abgenommen und die Dauer der Phasen würden kürzer. Er könne mit seinen psychosenahen Phasen besser umgehen und selbständig positiv mit Reservemedikamenten Einfluss nehmen. Nach Austritt aus der Tagesklinik werde er

voraussichtlich zu nächst zu 50 % an einem Beschäftigungsprogramm der Organisation G.____ im Bereich Putz- und Gartenarbeit teilnehmen

zur Tagesstrukturierung

(S. 2 Ziff. 1.4).

Dr. F.____ beschrieb den ärztlichen Befund wie folgt : « Wacher, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientierter Patient. Gepflegtes äusseres Erscheinungsbild. Im Kontaktverhalten zugewandt und freundlich. Leichte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, keine Auffassungsstörungen. Keine auffälligen mnestischen Störungen. Formales Denken geordnet, Grübeltendenz. Im Rahmen von Reizüberflutung Gefühl beobachtet zu werden. Keine Hinweise auf Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv zeitweise deprimiert, Antriebsstörungen vor allem morgens, zum Teil innere Unruhe. Keine Schlafstörungen. Appetit ungestört. Keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung. Störungen bewusstsein vorhanden » (S. 3 oben).

Sie prognostizierte,

a aufgrund des prolongierten Krankheitsverlaufs mit aktuell noch vorhandener Negativsymptomatik werde von einer längeren Rehabilitationsphase ausgegangen, während derer der Beigeladene im Rahmen einer angepassten Beschäftigung seine Belastbarkeit zunächst erproben und steigern werde. Im Anschluss werde bei günstigem Verlauf und Compliance von einer schrittweisen möglichen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf ausgegangen.

Dr. F.____ vermerkte, seit dem Austritt aus der Tagesklinik Ende Januar 2014 erfolge eine ambulante psychiatrische Behandlung bei ihr mit unter anderem regelmässiger Überprüfung der psychopharmakologischen Behandlung, was es fortzuführen gelte (S. 3 Ziff. 1.5).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gas-Wasser-Installateur bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit März 2013 bis auf weiteres (S. 4 Ziff. 1.6). Durch die produktiv-psychotische Symptomatik würden der Realitätsbezug und die Interaktion mit Arbeitskollegen beeinträchtigt. Durch die Negativsymptomatik seien deutliche Einbussen der Belastbarkeit zu verzeichnen (Konzentrationsschwierigkeiten, Anhedonie, Affektverflachung, Antriebslosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit; S. 4 Ziff. 1.7). 3. 5

In ihrem Bericht vom 4. März 2015 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 7/50/3-9) nannte Dr. F.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit ausgeprägter Negativsymptomatik, bestehend sicher seit dem Jahr 2011 (vorangegangene Prodromalphase nicht mit gezählt). Der schädliche Cannabisgebrauch sei seit dem 1. Juli 2013 weitgehend sistiert und habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1).

Zum Verlauf seit ihrem Bericht vom 13. Februar 2014 führte sie aus, von Januar bis Mai 2014 sei der Beigeladene zu 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz der Stiftung G.____ tätig gewesen. Er habe unter einer ausgeprägten Negativsymptomatik (Antriebs- und Kraftlosigkeit, depressive Verstimmung mit passivem Todeswunsch, ausgeprägtes Schlafbedürfnis) gelitten. Infolge von Nebenwirkungen (Müdigkeit, sexuelle Funktionsstörungen) sei die Neuroleptika-Dosis schrittweise vorsichtig reduziert worden (Xeplion von 75 mg auf 25 mg monatlich, Olanzapin von 25 mg auf 20 mg). Ab Anfang Juni 2014 sei jedoch eine Zunahme der Positivsymptomatik (Entfremdungsgefühle,

Körperföhlstörungen, teilweise optische Halluzinationen) zu verzeichnen gewesen, so dass die Olan zapin-Dosis wieder auf 25 mg/die erhöht worden sei. Unter dieser Belastung sei eine weitere Beschäftigung am geschützten Arbeitsplatz nicht mehr möglich gewesen. Im Oktober 2014 habe sich ein Rückgang der Positivsymptomatik gezeigt, während von November 2014 bis Januar 2015 intermittierend wieder Wahrnehmungsstörungen aufgetreten seien. Bei starker Belastung durch die Negativsymptomatik sei neben aktivierenden Massnahmen eine Umstellung der antidepressiven Medikation von Escitalopram auf Duloxetin vorgenommen worden (S. 3 Ziff. 1.4) .

Dr. F.____ schilderte den ärztlichen Befund wie folgt (S. 3 Ziff. 1.4) : « Wacher, zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientierter Patient. Gepflegtes äusseres Erscheinungsbild. Im Kontaktverhalten zugewandt und freundlich. Leichte Aufmerksamkeitsstörungen, keine Auffassungsstörungen. Gedächtnis prima vista unauffällig. Formales Denken geordnet, aber deutlich verlangsamt. Paranoid gefärbte Angst in sozialen Situationen, schnelle Überreizung. Keine Hinweise auf Wahn oder Ich-Störungen, jedoch intermittierend auftretende Körperwahrnehmungsstörungen. Affektiv leicht deprimiert, jedoch schwingungsfähig. Antrieb deutlich reduziert. Keine zirkadianen Besonderheiten. Keine Schlafstörungen. Ap petit ungestört. Keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung. Störungsbe wusstsein vorhanden. »

Unter dem Titel Prognose führte sie aus,

bei intermittierendem Auftreten von Positivsymptomen und Persistenz der Negativsymptomatik trotz zweifacher neuroleptischer Behandlung werde von einem prolongierten Verlauf der schizophrenen Erkrankung ausgegangen. Deswegen werde mittelfristig eine Erlangung der Arbeitsfähigkeit nicht als realistisch erachtet (S. 3 Ziff. 1.4).

Dr. F.____ empfahl eine Fortführung der ambulant-psychiatrischen wie auch der psychopharmakologischen Behandlung (gegenwärtig monatliche psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche bei ihr und monatliche Depot-Injektion beim Hausarzt; S. 3 Ziff. 1.5) und bescheinigte dem Beigeladenen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gas-Wasser-Installateur eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit März 2013 bis auf weiteres (S. 3 Ziff.1.6). Infolge der Positiv- und Negativsymptomatik der schizophrenen Erkrankung beständen folgende Einschränkungen: Wahrnehmungsstörungen, schnelle Überreizung, Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdbarkeit .

Bei Stabilisierung der Symptomatik werde mit dem Beigeladenen die Wiederaufnahme einer niederprozentigen Beschäftigung in einem geeigneten geschützten Rahmen besprochen (S. 4 Ziff. 1.7) . 3. 6

Dr. C.____ führte in seinem Gutachten vom 29. Oktober 2015 (Urk. 7/65/1-8) zuhanden der Beschwerdegegnerin in anamnestischer Hinsicht (S. 5 f.) aus , der Beigeladene könne sich nicht mehr genau erinnern, wie « es » angefangen habe, es sei zirka im Jahr 2011 gewesen. Er habe sich damals selber ein Messer «in den Ranzen stecken» wollen, weil er gedacht habe, der Teufel stecke in ihm. Er habe gedacht, er sei schuld an allem Übel auf der Welt; wenn er tot wäre, wäre alles in Ordnung. Seine Kollegen hätten ihm damals das Messer weggenommen. Zuhause hätten die Eltern den SOS-Arzt gerufen, welcher ihn in die Klinik eingewiesen habe. Der Arzt habe ihm ein Beruhigungsmittel geben wollen . Dies habe er

aber abgelehnt, da er befürchtet habe, vergiftet zu werden. Momentan komme er kaum aus dem Haus, soziale Kontakte seien ihm derzeit zu anstrengend. Ohne Cymbalta habe er Suizidgedanken. Als Teenager habe er an Suizid (mit dem Töffli) gedacht. In der Psychose habe er mit einem Messer hantiert, er habe teils Angst auf Bahn übergangen. Geschnitten habe er sich aber selber nie. Stimmen habe er früher oft gehört, sie hätten ihn auch gelenkt. Dies sei aber schon lange nicht mehr vorgekommen. Er empfinde noch ein Kribbeln am Körper und spüre, dass fremde Leute in seiner Wohnung seien. Befragt zum Suchtgeschehen habe der Beigeladene einen Cannabiskonsum in unterschiedlichem Ausmass seit dem Teenageralter an gegeben. Aktuell kiffe er noch ein- bis zweimal pro Woche (meistens abends), wobei sein psychischer Zustand davon wenig beeinflusst werde. Er rauche ein Pack Zigaretten täglich und trinke sehr selten Alkohol, teilweise ein Bier am Abend. Vor Jahren habe er ein- bis zweimal Kokain probiert, danach habe er keine Lust mehr darauf gehabt. Das Kiffen beruhige ihn. Früher habe er mindestens einen Joint pro Tag geraucht. Man habe ihm zum THC-Stopp geraten, er könne aber nicht damit aufhören. Dies könne er nicht begründen.

Betreffend den Psychostatus hielt der Gutachter fest (S. 7 oben), der Beigeladene äussere sich verlangsamt, zeige kaum Mimik, sei wenig spürbar und schwingungsfähig. Mimik und Gestik seien verhalten, der Beigeladene sei wach und allseits knapp orientiert. Auffassung, Konzentration und Gedächtnis wirkten – kurzorisch geprüft – reduziert. Im formalen Denken sei er verlangsamt, aber kohärent. Zurzeit bestünden keine Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt wirke er herabgestimmt und erschöpft. Keine Hinweise auf akute Suizidalität oder Fremdgefährdung.

Dr. C.____

nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) und befand

(S. 7 f.), es handle sich um einen klassischen Fall. Die Prognose sei schlecht, auch aufgrund der teilweise wechselhaften Kooperation und der trotz Medikation bestehenden Restsymptomatik. Die Ambivalenz gegenüber der Behandlung sei aber als krankheitsinhärent zu beurteilen und stelle keinen Verstoß gegen die Schadenminderungspflicht dar. Das Krankheitsbild sei als teilweise therapieresistent anzusehen. Der Beigeladene sei aufgrund seiner Krankheitsbeschwerden im Alltag stark eingeschränkt, lebe völlig isoliert mit den Eltern zusammen und zeige ein abhängig-kindliches Verhalten. Es sei nicht davon auszugehen, dass er wieder eine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt erlangen werde. Der Cannabiskonsum, den er gemäss eigenen Angaben in letzter Zeit deutlich reduziert habe, sei nicht als Ursache der psychischen Störung anzusehen, sondern eher als Versuch einer Selbstmedikation. Die aktuelle Behandlung im Psychiatriezentrum E.____ sei zweckmässig und sollte weitergeführt werden. Wichtig sei die korrekte und regelmässige Einnahme der Medikation. Wenn die Eltern mit der Betreuung des Beigeladenen überfordert seien oder diese nicht mehr auf sich nehmen wollten, sei eine Platzierung in einer betreuten Wohnform indiziert. 3. 7

Dr. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, hielt am 4. November 2015 (Urk. 7/70/3) nach Einsicht in das Gutachten von Dr. C.____ dafür, beim Beigeladenen liege ein Gesundheitsschaden vor, welcher die Arbeitsfähigkeit langfristig und hochgradig einschränke, dies überwiegend wahrscheinlich seit März 2013. 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erging am 24. März 2016

(Urk. 7/83) auf Veranlassung des RAD (Stellungnahme von Dr. H.____ vom 21. März 2016, Urk. 7/85/2-3) eine ergänzende Stellungnahme von Dr. C.____. Darin hielt der psychiatrische Gutachter zunächst zu den Kriterien einer paranoiden Schizophrenie nach ICD-10 Folgendes fest (vgl. auch Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage 2015, S. 127 und 129): «Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Laufe der Zeit gewisse kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten, Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome.» Dr. C.____ fuhr fort, verschiedene dieser typischen Symptome seien entweder in den Vorakten erwähnt oder vom Beigeladenen anlässlich der Begutachtung berichtet worden. Da er sich zum Zeitpunkt der Begutachtung unter medikamentöser Behandlung befunden habe, seien die Symptome nicht stark ausgeprägt, aber teils noch deutlich vorhanden gewesen. Es liege auf der Hand, dass ein Mensch mit diesem Beschwerdebild kaum auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten könne. Der Beigeladene sei nicht einmal in der Lage gewesen, seinen Haushalt selber zu organisieren. Er sei dafür auf die Hilfe seiner Eltern angewiesen gewesen. Er betone noch einmal, dass es sich hier nicht um einen Grenzfall, sondern um einen sehr gut dokumentierten, klassischen Fall einer paranoiden Schizophrenie mit vielen typischen Symptomen handle. An den Schlussfolgerungen seines Gutachtens vom 29. Oktober 2015 halte er vollumfänglich fest.

3.

E. 9

RAD-Fachärztin Dr. H.____

hatte diesen Ausführungen von Dr. C.____ in ihrer Stellungnahme vom 5. April 2016 (Urk. 7/85/3) nichts entgegenzuhalten. 4. 4.1

In Bezug auf den strittigen Rentenanspruch des Beigeladenen stellt sich insbesondere die Frage, ob zur Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes auf die von der Beschwerdegegnerin in Nachachtung des Rückweisungsentscheids des hiesigen Gerichts vom 12. Dezember 2014 (Urk. 7/41) in Auftrag gegebene psychiatrische Expertise von Dr. C.____ vom 29. Oktober 2015 einschliesslich ergänzender Stellungnahme vom 24. März 2016 (vgl. E. 3.6 und E. 3.8 hiervor) abgestellt werden kann. 4.2

Das zur Diskussion stehende Fachgutachten von Dr. C.____ ist für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Auskunft über den psychischen Gesundheitszustand des Beigeladenen und dessen verbleibende Arbeitsfähigkeit. Sodann beruht es auf einer

persönlichen, am 1. September 2015 stattgehabten Untersuchung des Beigeladenen und erging unter Berücksichtigung sowohl der geklagten Beschwerden als auch der relevanten Vorakten, wobei anzumerken ist, dass der Sachverständige die ihm von der Beschwerdegegnerin überlassenen Akten mit den Austrittsberichten der Klinik D.____ vom 6. Juli 2011, 7. Juni und 3. Oktober 2013 (vgl. E. 3.1-3.3 hiervor) ergänzte und fremdanamnestic Angaben des Vaters des Beigeladenen wie auch der behandelnden Psychiaterin Dr. F.____ (vgl. Gutachten S. 1 und 6) einholte. Im Weiteren leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Verhältnisse ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind plausibel. Damit entspricht es den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.6 hiervor).
4.3

Dr. C.____ hielt dafür, dass der Beigeladene an einer paranoiden Schizophrenie leidet und deswegen auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig ist. Dabei legte er gestützt auf die von ihm anlässlich der persönlichen Untersuchung vom 1. September 2015 erhobenen und in den medizinischen Vorakten beschriebenen Befunde mit Dokumentation von insbesondere wahnhaften und halluzinatorischen Symptomen hinreichend klar dar, dass die Diagnosekriterien einer paranoiden Schizophrenie nach ICD-10 erfüllt sind. So sind sich denn auch sämtliche mit dem konkreten Fall befassten (Fach-)Ärzte in diagnostischer Hinsicht über das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie laut ICD-10 F20.0 einig. Nebst Dr. C.____ gingen namentlich auch die zunächst teilstationär und schliesslich ambulant behandelnde Psychiaterin Dr. F.____ (vgl. E. 3.4-3.5 hiervor), die im Rahmen der wiederholten Hospitalisationen mit dem Beigeladenen befassten Fachpersonen der Klinik D.____ (vgl. E. 3.1-3.3 hiervor) und die RAD-Fachärztin Dr. H.____ (vgl. E. 3.7 und 3.9 hiervor) von einer paranoiden Schizophrenie aus. Soweit Dr. C.____ festhielt, zum Zeitpunkt der Begutachtung seien die Symptome unter medikamentöser Behandlung nicht stark ausgeprägt (aber teils dennoch deutlich vorhanden) gewesen (vgl. E. 3.8 hiervor), ist zu berücksichtigen, dass der Verlauf der paranoiden Schizophrenie durchaus episodisch mit teilweiser oder vollständiger Remission sein kann (Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 131 unten). Entsprechend wird mitunter auch von einer so genannten Schubkrankheit gesprochen, für welche ein wellenförmiger Verlauf mit sich ablösenden Perioden akuter Exazerbation und (Teil-)Remission charakteristisch ist (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_658/2017 vom 3. März 2017 E. 6.4.1). Die gutachterliche Einschätzung, wonach keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr besteht, leuchtet im Lichte der übrigen Aktenlage ebenfalls ein. Sie steht nicht nur im Einklang mit derjenigen von Dr. F.____ (vgl. E. 3.5 hiervor), sondern geht auch damit einher, dass der Beigeladene die von Januar bis Mai 2014 in einem geschützten Arbeitsumfeld (50 %-Pensum in der Stiftung G.____) an ihn gestellten Anforderungen nicht zu erfüllen vermochte.

Daran ändert auch der Bericht der Klinik D.____ vom 22. Juli 2013 (Urk. 7/9), worin von einem schrittweisen Wiedereinstieg in den Beruf und einer Einsatzfähigkeit von 50 % die Rede war (Ziff. 1.7, Ziff. 1.9 und Ziff. 1.11), nichts. Die berichtenden Ärzte legten eine Belastungsproberprobung im Rahmen der tagesklinischen Behandlung und eine Steigerung des (Arbeits) Pensums von zum Beispiel vier auf sechs Stunden nahe, und zwar angepasst an die Fähigkeiten und Bedürfnisse des Beigeladenen. Damit wird nicht eine zumutbare Arbeitsfähigkeit abschliessend festgelegt, letztere soll vielmehr durch weitere Erhebungen abgeklärt werden. Diese Ausführungen sind daher mehr als Empfehlung denn als ärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung zu verstehen, weshalb sie nicht geeignet sind, das Gutachten in

Zweifel zu ziehen. Dies gilt umso mehr, als der Bericht auch nicht von einem Psychiater verfasst wurde. 4.4

Die von den Parteien am Fachgutachten von Dr. C.____ geübte Kritik verfährt nicht. Soweit die Beschwerdeführerin und mit ihr die Beschwerdegegnerin sich gegen das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie und einer dadurch beding ten 100%igen Arbeitsunfähigkeit an einem Arbeitsplatz in der freien Wirtschaft aussprechen, vermögen sie sich auf keine fachkundige Einschätzung zu berufen, welche ihre Darstellung stützen würde. Es liegt kein (fach-)ärztlicher Bericht bei den Akten, aufgrund dessen sich Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung ergeben würden. Auch sind keine Hinweise aktenkundig, wonach die Leistungseinschränkung in erster Linie auf ein relevantes Suchtgeschehen (Cannabis) zu rückzuführen wäre. Vielmehr ist der Cannabisgebrauch gemäss Dr. F.____ «weitgehend sistiert» und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 3. 5 hier vor). Nach Auffassung von Dr. C.____

ist der «deutlich reduzierte» Cannabiskonsum nicht als Ursache der psychischen Störung, sondern eher als Versuch einer Selbstmedikation

anzusehen (vgl. E. 3.6 hiervor) . Sodann ist die Ambivalenz gegenüber der Behandlung und die damit einhergehende nicht immer zuverlässige Medikamenten -Compliance laut Gutachten als krankheitsinhärent zu beurteilen (vgl. E. 3.6 hiervor) . Entgegen dem Standpunkt der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12 Ziff. 34) tut es schliesslich dem Beweiswert der Expertise keinen Abbruch, dass anlässlich der Begutachtung eine Besprechung mit der behandelnden Psychiaterin erfolgte. Ob ein Sachverständiger auch fremdanamnestiche Auskünfte einholt, ist seinem fachärztlichen Ermessen anheimgestellt (Urteil des Bundesgerichts 8C_601/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2.1). Vorliegend bestehen keine Anhaltspunkte, dass die den Beigeladenen teilstationär beziehungsweise ambulante behandelnde Dr. F.____ im Rahmen dieses fachärztlichen Austausches in irgendeiner Form nicht lege artis auf Dr. C.____ eingewirkt hätte respektive er Solches zugelassen hätte. Es kann deshalb sowohl in diagnostischer Hinsicht als auch bezüglich der Arbeitsfähigkeitseinschätzung auf das Gutachten von Dr. C.____ abgestellt werden. 4.5

Gemäss BGE 143 V 418 (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017) sind sämtliche psychischen Leiden für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen . Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen) und somit grundsätzlich auch im vorliegenden Fall massgebend. Angesichts dessen, dass im Falle des Beigeladenen

zum einen mit der paranoiden Schizophrenie ein Störungsbild diagnostiziert wurde, das sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lässt, und zum anderen keine Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation bestehen, kann indes vorliegend praxisgemäss von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe von BGE 141 V 281 abgesehen werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1

mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 7.1.4). 5.

Nach dem Ausgeführten steht fest , dass der

Beigeladene

im massgebenden Beurteilungszeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2016 (Urk. 2) auf dem ersten Arbeitsmarkt über keine verwertbare Arbeitsfähigkeit verfügte. Damit liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, welche Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung begründet. In Anbetracht dessen, dass seit dem 22. März 2013 (Zweithospitalisation in der Klinik D.____, vgl. E. 3.2 hiervor) eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorlag, entstand der Rentenanspruch per 1. März 2014 (vgl. E. 1.2-1.4 hiervor). Eine sogenannte verspätete Anmeldung liegt nicht vor, erfolgte doch die Anmeldung zum Leistungsbezug am 4. Juni 2013 (Urk. 7/2), womit die sechsmonatige Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG eingehalten ist.

Dementsprechend erweist sich der angefochtene Rentenentscheid vom 8. April 2016 (Urk. 2) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG

sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - A.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Rechtsanwalt Dr. Kaspar Saner - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der 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 GräubSenn-Buchter

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