

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00733 vom 21. November 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00733](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00733)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00733 du 21 novembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00733 del 21 novembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

7. Juni 2013 (Urk. 6/30 ) einen Rentenanspruch.

#### **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 ). 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 2015 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 sei (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. 1.3**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 2**

) wurde antragsgemäss (vgl. Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 7. Juni 2016 (Urk. 2) zusammenfassend damit, dass kein Invalidisieren der Gesundheitsschaden ausgewiesen sei und daher weder Anspruch auf berufliche Massnahmen noch auf Rentenleistungen bestehe (S. 2).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), seine Arbeitsunfähigkeit sei nicht drogeninduziert, sondern sei Resultat einer äusserst desolaten Kindheit/ Jugend.

#### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Der rechtskräftigen Verfügung vom 17. Juni 2013 (Urk. 6/30) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zu Grunde. 3.2

Die Ärzte des A.\_\_\_\_ berichteten am 27. März 2012 (Urk. 6/7/6-

### **E. 7**

) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 8**

= Urk. 6/41/11-13) über eine stationär-psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers vom 12. bis 13. März 2012 und nannten als Diagnose eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2). Die Zuweisung sei durch das B.\_\_\_\_ bei Status nach Suizidversuch mit 20 Tabletten Lexotanil erfolgt (S. 1). Bei Eintritt habe sich der Patient aufgrund der Probleme (Umgang mit der HIV-Erkrankung sowie der vorhandenen Einsamkeit) sehr belastet, aber bereits am Folgetag deutlich entlastet gezeigt. Er habe in stabilem psychischem Befinden sowie distanziert von Suizidalität entlassen werden können (S. 2). 3.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 29. Oktober 2012 (Urk. 6/17 = Urk. 6/41/6-8) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit April 2012 (Ziff. 1.2), und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - Probleme durch negative Kindheitserlebnisse - aufgewachsen mit Stiefvater - Schläge durch die Mutter - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit. Konflikte mit Vorgesetzter bei erfolgreicher Arbeitsleistung.

Zudem nannte er als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

HIV positiv, negativer Virusload unter Therapie (Ziff. 1.1). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sales Manager und Personal Trainer bestehe von März bis Ende November 2012 eine 100%ige und ab Dezember 2012 bis Januar/Februar 2013 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Aufgrund der Depression sei die Belastbarkeit vermindert. Die Lernfähigkeit und Konzentration seien ab November 2012 mit der von ihm empfohlenen Ausbildung vereinbar (Ziff. 1.7). 3.4 Mit Verlaufsbericht vom 2. Mai 2013 (Urk. 6/27) führte Dr. C.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei geheilt und wieder arbeitsfähig. Es habe zirka zwei Monate keine Konsultation bei ihm stattgefunden (S. 1). 3.5

Mit Verfügung vom 17. Juni 2013 (Urk. 6/30) lehnte die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren ab und führte zur Begründung aus, das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 IVG sei nicht erfüllt (S. 1). Unter diesen Umständen ist der Rentenanspruch nicht unter dem Blickwinkel einer revisionsbegründenden Veränderung des Sachverhaltes, sondern wie eine erstmalige Anmeldung zum Leistungsbezug zu prüfen (vgl. vorstehende E. 1.4). 4. 4.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 12. Februar 2016 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden Arztberichte vor: 4.2

Dr. C.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 7. Mai 2014 zuhanden der Kollektiv-Krankenversicherung (Urk. 6/40/6-7 = Urk. 6/53/11-12) die folgenden Diagnosen (Ziff.

3): - mittelschwere bis schwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.2) - HIV positiv in Behandlung

Die Prognose sei günstig. Bis September 2014 sollte der Beschwerdeführer in der bisherigen und in einer alternativen Arbeit wieder 100% arbeitsfähig sein (Ziff. 6-8). 4. 3

Dr. C.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 12. September 2014 (Urk. 6/41/1-5 = Urk. 3) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - bipolare II Störung (ICD-10 F31.80) mit schnellem Phasenwechsel (ICD

## **E. 10**

F31.80), seit Kindheit bestehend - Borderline Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31), seit Kindheit bestehend - HIV positiv Erstdiagnose (ED) negativer Virusload unter Therapie

Der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit aus gesundheitlichen Gründen (rascher Phasenwechsel sei für Arbeitgeber nicht zumutbar) nie länger als zwei Jahre in der gleichen Stelle arbeiten können. Er sei in Gefahr zu verelenden, häufe Schulden an, sei in den depressiven Phasen suizidal, in den hypomanischen bis manischen Phasen selbstgefährdend (zum Beispiel HIV). Die Prognose sei fraglich (Ziff. 1.4). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Fitnesszentrum als Fitnesstrainer/Personaltrainer bestehe seit 3

. März 2014 und weiter hin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer sei nicht belastbar, habe Konzentrationsstörungen und Adynamie. Dies wechselnd mit Tagen von Angetriebenheit und flacher Euphorie (Ziff. 1.7). Er brauche für die Zukunft eine Teilentlastung durch eine Berentung, dann ein reduziertes, dem Krankheitsbild angepasstes Tätigkeitsfeld (Ziff. 1.8). 4.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, E.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 21. Oktober 2014 (Urk. 6/46/5 -9) aus, die neuro- und leistungspsychologische Abklärung vom 13. Oktober 2014 habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 5). 4.5

Dr. C.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 5. Juni 2015 (Urk. 6/50) aus, der Beschwerdeführer arbeite wieder 40%. Eine Steigerung auf 60% sei für Juli geplant (S. 1). 4.6

Dr. C.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 29. September 20

### **E. 15**

(Urk. 6/58/1-4 = Urk. 6/71/1-3) aus, in den Beobachtungen des Patienten in den letzten 3 ½ Jahren hätte sich gezeigt, dass die Bipolar II Störung mit in relativ rascher Abfolge auftretenden manisch/hypomanischen Phasen und mittelschweren depressiven Episoden, zirka zwei Episoden pro Jahr, der hauptsächlich invalide Faktor sei (S. 1).

Seit 2011 habe der Beschwerdeführer keine Anstellung und kein selbständiges Projekt länger als drei Monate bestehen können. Dann folge jeweils eine depressive Phase mit Arbeitsunfähigkeit oder eine hypomanische Phase im Rahmen derer der Patient aus dem Rahmen falle und gewagte Projekte beginne. Zurzeit sei der Patient depressiv (mittelschwere depressive Episode) und versuche, eine Arbeit im Angestelltenverhältnis mit einem Pensum von 30-40% zu finden. Er sei im bisherigen Arbeitsfeld zu 30% arbeitsfähig, jedoch sei keine Konstanz möglich. Auch in einem geschützten Rahmen oder einer einfachen Arbeit sei der Patient nur mit zeitlichen Unterbrüchen inkonstant arbeitsfähig. Wie die Erfahrung der letzten 20 Jahre gezeigt habe, sei er auf dem ersten Arbeitsmarkt krankheitsbedingt nie länger als 1.5

Jahre an der gleichen Stelle angestellt gewesen. Im Jahresdurchschnitt bestehe eine 70% verminderte Leistungsfähigkeit (S. 1). 4.7

Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, leitender Arzt und Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, G.\_\_\_\_, nannte mit Bericht vom 15. März 2

### **E. 016**

(Urk. 6/75) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronischer, allenfalls knapp kompensierter Tinnitus beidseits - sensorineurale Schwerhörigkeit im Hochfrequenzbereich beidseits von gering- bis mittelgradigem Ausmass - bipolare Störung mit vor allem ausgeprägten Depressionen - HIV-Infektion (Erstdiagnose 2008, derzeit negativer Virus)

Der Beschwerdeführer fühle sich in seinem derzeitigen Setting gut versorgt. Er habe bereits selbständig Strategien entwickelt, besser mit der Situation umzugehen. Insofern wolle er es zunächst bei der derzeitigen Situation belassen (S. 2). 4.8

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 8. April 2016 ein psychiatrisches Fachgutachten (Urk. 6/73) und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 74): - schädlicher Gebrauch von Kokain (ICD-10 F14.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4; S. 75).

Aus der psychopathologischen Befundung für sich allein genommen gehe hervor, dass im Prinzip bis auf die angegebene Konzentrationsstörung keine oder nur leichte psychiatrische Symptome beim Exploranden vorhanden seien. Insbesondere habe in der Begutachtungssituation keine depressive Symptomatik klinisch festgestellt und psychopathologisch befundet werden können (S. 57).

Aus dem Laborbefund mit Bestimmung der Medikamentenspiegel könnten mehrere relevante Aspekte beschrieben werden. Zum einen würden die Medikamente Quetiapin und Olanzapin mit den jeweiligen Metaboliten unterhalb der Nachweisgrenze für einen therapeutisch wirksamen Bereich liegen. Dies bedeute, dass diese beiden Medikamente nicht in der Form, nämlich täglich, wie vom Beschwerdeführer angegeben, eingenommen worden seien oder überhaupt nicht. Zum Zweiten gebe es bezüglich Benzoylcegonin, einem Stoffwechselprodukt beim körpereigenen Abbau von Kokain, eine über 100fache Erhöhung des Normwertes. Dies spreche für einen Kokainkonsum zumindest in den Tagen 1-4 vor dem Begutachtungszeitpunkt.

Methylecgonin, ein weiterer Hauptmetabolit durch enzymatische oder spontane Hydrolyse von Kokain,

sei ebenfalls über 14fach über dem natürlichen Grenzwert nachweisbar. Dies spreche laborchemisch für die Einnahme von Kokain in den Tagen 1-4 vor der Begutachtung. Da Kokain im Serum zum Begutachtungszeitpunkt nicht nachweisbar sei und Kokain im Serum 1-2 Tage nach Konsum nachweisbar wäre, ergebe sich in der Zusammenschau bezüglich des Kokainkonsums die beweisbare Aussage, dass Kokain zirka 3-4 Tage vor dem Begutachtungszeitpunkt vom Exploranden konsumiert worden sei. Hieraus sei jedoch nicht ableitbar, ob ein dauerhafter Konsum von Kokain im Sinne einer Abhängigkeit vorliege oder andererseits „nur“ ein schädlicher Gebrauch (S. 58 f.).

Es sei ein strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome (SFSS) zur Bearbeitung für die zu untersuchende Person vorgelegt und durchgeführt worden. Dabei handle es sich um einen standardisierten Fragebogen, der nach den Autoren ein Siebttest zur Erfassung von Simulation und einer Vielzahl simulierter Symptome sei (S. 60). Der Gesamtwert des durchgeführten Tests sei mit 18

Punkten in deutlicher Weise erhöht gewesen. Insgesamt sei mit erhöhter Wahrscheinlichkeit (größer als 90%) vom Vorliegen bedeutsamer negativer Antwortverzerrungen in der gelieferten Beschwerdenschilderung auszugehen (S. 61).

Zum Begutachtungszeitpunkt sei festzustellen, dass aus klinischer Sicht keine bipolare Störung erkennbar gewesen sei. Klinisch liege zum Untersuchungszeitpunkt keine Depression und auch keine hypomanische oder manische Phase vor. Der Beschwerdeführer habe sich über den Untersuchungszeitraum von annähernd drei Stunden gut konzentrieren können. Er sei nicht distanzlos gewesen. Eine histrionische Persönlichkeitskomponente sei in der Begutachtung erkennbar gewesen. Diese dürfte auch überdauernd in den alltäglichen Aktivitäten und ehemaligen beruflichen Aktivitäten vorhanden gewesen sein. Sie sei möglicherweise sogar hilfreich im Sinne der Kontaktaufnahme bei einer Verkaufstätigkeit. Zudem habe der Nachweis eines Kokainkonsums geführt werden können (S. 62).

Die Angaben des Exploranden seien gewesen, dass er sich bei Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt zu stark einsetze, bis an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit komme und dann zusammenbräche. Derzeit könne er über die Zeit keine konstante Leistung bringen und habe Leistungseinbrüche. Diese Schilderung des Beschwerdeführers decke sich nicht mit Beobachtungen während des Begutachtungszeitraums und müssten gutachterlich in Zweifel gezogen werden. Hinzu kämen die nachgewiesene Aggravationsneigung und die nicht richtigen Aussagen zur Medikamenteneinnahme, was die Glaubwürdigkeit der Angaben weiter reduziere (S. 62 f.).

Nichtsdestotrotz habe der Klient familiäre frühkindliche, kindliche und jugendliche Phasen mit stark erhöhten Herausforderungen erlebt. Dies gelte für die Anwendung von erzieherischer Gewalt durch die Mutter, psychischer Gewalt durch den Stiefvater, sowie dessen Missbrauchssituationen, die allesamt medizinisch gewürdigt werden müssten. Jedoch sei durch diese Faktoren nicht direkt eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt ableitbar (S. 63).

Eine Cluster-B-Persönlichkeitsstörung mit dramatischem, emotionalem oder launenhaftem Verhalten (antisoziale, Borderline-, histrionische oder narzisstische Persönlichkeitsstörung), die statistisch gehäuft auftreten mit Alkohol- oder Drogenmissbrauch beziehungsweise -abhängigkeit, sei in vorliegendem Fall ausser einem histrionischen Anteil klinisch nicht nachweisbar. Eine Cluster-C Persönlichkeitsstörung mit ängstlichem oder furchtsamen Verhalten (ängstlich-vermeidende, abhängige, zwanghafte und passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung), die gehäuft auftretend mit somatoformen Störungen sei, sei in der Untersuchungssituation gutachterlich nicht ersichtlich gewesen. Auch für das Vorliegen einer Cluster-A-Persönlichkeitsstörung mit sonderbarem oder exzentrischem Verhalten (paranoide, schizoide oder schizotypische Persönlichkeitsstörung) hätten sich keine Hinweise aus der Kindheit und Jugend ergeben (S. 67).

Die Ressourcen persönlicher Art seien aus gutachterlicher Sicht beispielsweise die Fähigkeit, grundsätzlich im Verkauf erfolgreich tätig zu sein. Zum anderen seien seine positiven Sprachkenntnisse und seine gute Kommunikationsfähigkeit insgesamt von Vorteil. Auch sei sein Auftreten bezogen auf berufliche Tätigkeiten und auch sonst aus gutachterlicher Sicht als positiv zu bewerten. Er könne sich situationsadäquat verhalten (S. 69).

Er müsse sich mit seiner psychischen Krankheit abfinden. Er könne im optimalen Fall 50 % Leistung erbringen (S. 71).

Es bestehe eine überwiegende Wahrscheinlichkeit, dass die beschriebenen emotionalen Probleme wie Depression oder manische Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch stünden (S. 74).

Die bisherige Therapie sei nicht lege artis erfolgt. Dies liege daran, dass nach Aktenlage und auch nach Angabe des Beschwerdeführers bisher keine spezifische Therapie bezüglich der Kokainabhängigkeit/Suchtmedizinisch durchgeführt worden sei. Es sei augenscheinlich die Folgesymptomatik von depressiven Verstimmungen und hypomanischen oder manischen Phasen behandelt worden. Aufgrund der deutlichen Aggravationsneigungen, die hier festgestellt worden seien, könne nicht ausgeschlossen werden, dass eine Aggravation auch gegenüber den bisher behandelnden Ärzten bezüglich der psychischen Symptomatik bestanden habe (S. 75 f.).

Die bisherige Tätigkeit als Sales Manager sei aufgrund der Begutachtung aktuell zu 70 % möglich. Wenn er sich bezüglich der Kokainproblematik adäquat behandeln lasse und motiviert sei, sei gutachterlich davon auszugehen, dass er nach Erreichung der Abstinenz die Tätigkeit auf 100 % steigern könne. Für die Erreichung der Abstinenz im Sinne einer Entwöhnungstherapie sei psychiatrischerseits ein halbes Jahr anzusetzen. Anpassungen der Tätigkeit nach erfolgter Behandlung des Konsums von psychotropen Substanzen (Kokain) erschienen bei Abstinenz aus gutachterlicher Sicht nicht notwendig (S. 87). 4.9

PD Dr. med. univ. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 13. April 2016 (Urk. 6/80/4-5) aus, auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ könne abgestellt werden (S. 4). 4.10

Erst nach Verfügungserlass vom 7. Juni 2016 (Urk. 2) wurden im Beschwerdeverfahren folgende Berichte eingereicht:

Dr. C.\_\_\_\_ nahm mit Schreiben vom 15. November 2016 (Urk. 14 = Urk. 17) zum Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ Stellung und führte zusammenfassend aus, er beurteile den Beschwerdeführer aufgrund einer testpsychologischen und untersuchungstechnischen Momentaufnahme. Das Krankheitsbild des Patienten sei jedoch per definitionem ein Geschehen in einem zeitlichen Wechsel von Depression, gesundem Intervall, manischen Zustandsbildern. Wer die Zeitachse ausblende, könne das vorliegende Krankheitsbild nicht erkennen. Die Grenzen des Gutachters sollten jedoch nicht die Realität des Patienten ausklammern und diese heisse, berufliches und persönliches Scheitern wegen psychiatrischer Krankheit (S. 3). 4.11

Die Fachpersonen des G.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Bericht vom 9. August 2017 (Urk. 18) eine bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.3). Sie würden die psychiatrisch/psychotherapeutische Mitbehandlung des Tinnitus empfehlen. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auf das psychiatrische Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 8. April 2016 (vorstehend E. 4. 8) ab und ging von keiner invalidisierenden Erkrankung aus. 5.2

Wie erwähnt (vgl. vorstehend E. 1. 2), liegt eine psychisch bedingte Invalidität im Sinne des Gesetzes nur dann vor, wenn ein psychisches Leiden mit Krankheitswert fachärztlich ausgewiesen ist und es der betroffenen Person trotz Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, wegen ihrer Beschwerden nicht zuzumuten ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt wird (BGE 130 V 352 f. E. 2.2.1, 131 V 49).

Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei der versicherten Person sozialpraktisch nicht mehr zumutbar.

Weiter ist zu beachten, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt. Vielmehr hat die rechtsanwendende Instanz die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit hin

zu überprüfen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2-3.3). 5 . 3

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4 . 8 ) die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt , in Kenntnis der und in Auseinander setzung mit den Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. Dr. H.\_\_\_\_ berücksichtigte insbesondere die schwierige Kindheit/Jugend des Beschwerdeführers (vorstehend E. 4.8). Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vor genommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Das Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1. 5 ) vollumfänglich, so dass – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers und behandelnden Psychiaters - für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Dr. H.\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten bis auf schädlichen Gebrauch von Kokain keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit de s Beschwer deführer s

fest. Er führte aus, dass a us der psychopathologischen Befundung für sich allein genommen hervorgehe, dass bis auf die angegebene Konzentrationsstörung keine oder nur leicht e psychiatrische Symptome vorhan den seien. Insbesondere habe in der Begutachtungssituation keine depressive Symptomatik klinisch festgestellt und psychopath ologisch befundet werden können. Der Gutachter kam zum Schluss, dass die bisherige Tätigkeit als Sales Manager aktuell zu 70 % möglich sei. Nach Abstinenz von Kokain könne die Tätigkeit auf 100 % gesteigert werden (vorstehend E. 4.8) . 5. 4

Soweit der behandelnde Psychiater Dr. C.\_\_\_\_ zu einer anderen Einschätzung gelangte (vorstehend E. 4.2 ff.) , vermag er das Gutachten nicht in Frage zu stellen. Es gilt zu berücksichtigen, dass das Gericht nach der Rechtsprechung Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den einschlägigen Anforderungen entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennt, solange - wie vorliegend - keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demge genüber stehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtli chen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungs ansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheits zustandes und erfüllen des halb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrung tatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 1 7. Februar 2011 E. 4.1).

Zudem legte Dr. H.\_\_\_\_ s schlüssig dar, weshalb er

weder die Diagnose eine r bipo lare n Störung noch eine r

Borderline Persönlichkeitsstörung stellen konnte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2012 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1).

Dr. H.\_\_\_\_ führte insbesondere nachvollziehbar aus, dass eine Cluster-B-Persönlichkeitsstörung, wozu auch die von Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte Borderline Persönlichkeitsstörung zählt, ausser einem histrionischen Anteil klinisch nicht nachweisbar gewesen sei (vorstehend E. 4.8).

Der psychiatrische Gutachter erstellte gestützt auf die Aktenlage eine Liste aller Arbeitsunfähigkeiten seit 2007 (Urk. 6/73 S. 88 f.). Des Weiteren sind im Gutachten alle beruflichen Tätigkeiten seit 1991 samt Umständen der Arbeitsaufgabe aufgeführt (S. 70). Entgegen den Ausführungen des behandelnden Psychiaters (Urk. 17 Ziff. 1) berücksichtigte der Gutachter den zeitlichen Verlauf somit sehr wohl. Indes konnte Dr. H.\_\_\_\_ nicht ausschliessen, dass nicht nur während der Begutachtung, sondern auch in den bisherigen Behandlungen eine Aggravation vorgelegen hat, weshalb er die früheren Arbeitsunfähigkeitsatteste schwer einschätzen konnte (Urk. 6/73 S. 87). Dies erscheint schlüssig.

Dr. H.\_\_\_\_

wies eine deutliche Aggravation

des Beschwerdeführers testpsychologisch nach.

Auch wies er mittels Laboruntersuchung nach, dass die Angaben des Beschwerdeführers, er nehme die Medikamente Olanzapin / Zyprexa und Quetiapin / Seroquel regelmässig ein, falsch sind. Schliesslich stellte er fest, dass die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich der Abstinenz von Drogen (Kokain) falsch waren, da er zumindest 3-4 Tage vor dem Begutachtungszeitpunkt Kokain konsumiert hatte (vorstehend E. 4.8, Urk. 6/73 S.

65). 5.5

In Bezug auf die Einschätzung von Dr. H.\_\_\_\_, wonach die bisherige Tätigkeit als Sales Manager zum Gutachtenszeitpunkt zunächst nur zu 70 % möglich gewesen sei (vorstehend E. 4.8), gilt es zu berücksichtigen, dass der Arztperson bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt. Der Umstand, dass das Gutachten bezüglich der Darlegung der medizinischen Situation voll beweiskräftig ist, bedeutet nicht, dass auch die dortige Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit für die Belange der Invalidenversicherung ohne weiteres massgeblich ist. Die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist eine Rechtsfrage und obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., 132 V 393 E. 3.1 f., 130 V 352 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). Eine Störung der Arbeitsfähigkeit durch den schädlichen Gebrauch von Kokain ist invalidenversicherungsrechtlich nicht bedeutsam (vgl. BGE 124 V 265 E.

3c), weshalb vorliegend von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist.

5. 6

Auch in somatischer Hinsicht liegen keine Einschränkungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Obschon in den medizinischen Akten teilweise somatische Beschwerden und entsprechende Abklärungen auftauchen beziehungsweise vorhanden sind, lässt sich keinem dieser Berichte eine entsprechende Arbeitsunfähigkeit aufgrund eines somatischen Leidens entnehmen. 5. 7

Aufgrund des Gesagten ist der Beschwerdegegnerin folgend davon auszugehen, dass das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Die Beschwerdegegnerin war nicht gehalten, weitere Abklärungen vorzu nehmen. 6.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 7 00.-- anzu setzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer

aufzu erlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

## **E. 16**

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ). Das Gericht erkennt:  
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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