

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00462 vom 29. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00462](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00462)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00462 du 29 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00462 del 29 ottobre 2018

## Erwägungen

### E. 1

Der 1966 geborene X.\_\_\_\_ war nach Abbruch einer kaufmännischen Lehre als Heimerzieher, Lager -, Sicherheitsdienst - und ab 1992 Fitnessmitarbeiter tätig, dies mit Unterbrüchen infolge Gefängnisarrest von November 1995 bis Juli 1998 sowie von November 2004 bis Februar 2006 beziehungsweise Arbeitslosigkeit. Zuletzt war er ab dem 1. Januar 2008 bei der Z.\_\_\_\_ als Fitnessinstrukteur angestellt

(Urk. 7/32/14, Urk. 7/30 und Urk. 7/93/8). Im Februar 2009 meldete er sich unter Hinweis auf eine HIV-Infektion und psychische Probleme (Depressionen, Pädophilie, Persönlichkeitsstörung) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog insbesondere bei den Bewährungs- und Vollzugsdiensten des Kantons Zürich zwei psychiatrische Gutachten vom 11. Mai 1998 (Urk. 7/32/22-41) und vom 12. Januar 2004 (Urk. 7/32/1-21) bei. Mit Verfügung vom 2. März 2011 (Urk. 7/65) wies sie das Rentenbegehren ab.

Am 19. Dezember 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine HIV-Infektion, eine chronische akute Hepatitis C und eine schwere Persönlichkeitsstörung erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/69). Die IV-Stelle tätigte wiederum medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess ihn insbesondere durch die A.\_\_\_\_ polydisziplinär (allgemeininternistisch, infektiologisch, neurologisch, neuropsychologisch, psychiatrisch und rheumatologisch) begutachten (Expertise vom 4. Mai 2015, ergänzt am 29. Februar 2016; Urk. 7/93/2-31 und Urk. 7/108). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/96, Urk. 7/105, Urk. 7/111 und Urk. 7/121) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 11. April 2017 (Urk. 2) ab.

### 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.

### **E. 1.3**

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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

### **E. 1.4**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. 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 ATSG vorzugehen (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. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

Die Beschwerdegegnerin auferlegte dem Beschwerdeführer am 25. August 2016 eine hausärztlich kontrollierte Kokainabstinenz zur Verbesserung des Gesundheitszustandes (Urk. 7/110). Der Beschwerdeführer erhob dagegen Einwand (Urk. 7/121). Die Beschwerdegegnerin hat darüber bislang jedoch noch nicht entschieden (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_816/2008 vom 12. März 2009 E. 3.3). Mangels Anfechtungsgegenstands

ist deshalb auf den im vorliegenden Verfahren beantragten Verzicht auf die Auferlegung einer Schadenminderungsspflicht (Urk. 1 S. 2) nicht einzutreten. 3.

### 3.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 11. April 2017 (Urk. 2) damit, dass auf die gutachterlich festgestellte 70%ige Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden könne (S. 1). Nachdem - aus näher dargelegten Gründen - weder die Persönlichkeitsstörung noch die leichte depressive Episode invalidisierend seien, bestehe höchstens eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dies

aufgrund des Kokainkonsums und aus infektologischer Sicht. Dem Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sei kein neuer medizinischer Sachverhalt zu entnehmen, dessen Angaben zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes seien vage, hauptsächlich beschreibe er den Behandlungsverlauf in den letzten Jahren. Der Beschwerdeführer sei ohne Ausbildung und habe bis anhin verschiedene Hilfstätigkeiten als Lager- und Sicherheitsdienstmitarbeiter sowie Fitnessinstrukteur ausgeübt. Es sei ihm möglich, in einer entsprechenden Verweistätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (S. 2). 3.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), so wohl die Gutachter der A.\_\_\_\_ als auch der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) würden in jeglicher Tätigkeit von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer und infektologischer Sicht ausgehen. Nachdem nach Ansicht des Kundenberaters der Beschwerdegegnerin keine Erwerbsunfähigkeit ausgewiesen gewesen sei, habe dieser die A.\_\_\_\_ um eine integrative Bewertung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit gebeten. Sowohl die Gutachter der A.\_\_\_\_ als auch der RAD hätten an einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit festgehalten. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Kundenberater weiterhin nicht auf deren Ausführungen abstelle. Vorliegend bestehe für den Rechtsanwender kein Spielraum, um von den ärztlichen Einschätzungen abzuweichen (S. 4-7). Zudem treffe nicht zu, dass die angestammte der angepassten Tätigkeit entspreche. Er habe als Fitnessinstrukteur gearbeitet. Gemäss Gutachten seien ihm nur noch leichte administrative Tätigkeiten ohne Publikumskontakt zumutbar. Die Tätigkeit als Fitnessinstrukteur könne nicht unter dieses Belastungsprofil subsumiert werden, weshalb bereits aus diesem Grund eine Berechnung des IV-Grades notwendig sei. Auf das Gutachten sei abzustellen und es sei ihm eine ganze Rente auszurichten (S. 7 f.). 4.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanmeldung relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bildet die Verfügung vom 2. März 2011 (Urk. 7/65), mit welcher die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren abgewiesen hat. 5. 5.1

Lic. phil. C.\_\_\_\_, leitender Psychologe des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes des Justizvollzugs Kanton Zürich, hielt in seinem im Rahmen der Erst anmeldung eingeholten Bericht vom 8. April 2009 (Urk. 7/12) folgende psychiatrischen Diagnosen fest (S. 2): - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) - gleichgeschlechtliche Pädophilie (ICD-10 F65.4)

Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer stehe seit dem 23. Dezember 2005 in seiner ambulanten Behandlung mit einmal monatlich stützenden/begleitenden Konsultationen. Es

beständen Stimmungsschwankungen und eine Somatisierungstendenz, er sei deprimiert sowie zeitweise antriebsarm und gereizt. Seit der HIV-Diagnose-Stellung Mitte 2008 bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (S. 2 f.). 5.2

Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzärztin, von der Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene des F.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 6. Mai 2010 (Urk. 7/43) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - HIV-Infektion CDS-Stadium C2, Erstdiagnose 4. August 2008 - Kaposisarkom, Erstdiagnose 15. Juni 2009 - Luesinfektion II mit generalisiertem Exanthem, Erstdiagnose 5. August 2008 - Anamnestisch narzisstische Persönlichkeitsstörung - rezidivierend depressive Phasen

Dazu hielten sie fest, es sei zurzeit noch keine vollständig stabile Situation erreicht, das virale Ansprechen müsse unter der umgestellten antiretroviralen Therapie im Verlauf noch beurteilt werden. Grundsätzlich sei längerfristig unter einer stabilen wirksamen antiretroviralen Therapie von Seiten der HIV-Infektion keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Es sei jedoch eine relevante Einschränkung durch die psychiatrische Erkrankung gegeben. Eine Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sei zurzeit nicht zumutbar (S. 2). 5.3

Im Rahmen der Neuanschuldung eingeholten Gutachten vom 4. Mai 2015 (Urk. 7/93/2-31) führten Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, lic. phil. K.\_\_\_\_, Psychologe/Neuropsychologe, und Prof. Dr. L.\_\_\_\_, FMH Infektiologie, von der A.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 26 f.): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61.0) - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Störung durch Kokain, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1) - HIV-Infektion CDC C2 - Erstdiagnose 4. August 2008 - Übertragungsart: homosexueller Geschlechtsverkehr - HIV-assoziierte Krankheiten: Kaposisarkom (2009) - aktueller Immunstatus: CD4: 1171/µl, CD8: 1940/µl - aktuelle HIV-RNA: <20 Kopien/ml - aktuelle antiretrovirale Therapie: Prezista plus Truvada - chronische Hepatitis C Genotyp 3 - Erstdiagnose 20. August 2011 - Therapie mit pegIFN/Ribavirin für 24 Wochen (11/11-05/12) - rezidiv oder Reinfekt nach 6 Monaten Virusfreiheit - aktuelle HCV RNA: 6.32 log IU/ml

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 27): - Pädophilie, gleichgeschlechtlich, scheint gegenwärtig nicht aktiv (ICD-10 F65.4) - Status nach Hepatitis B - Status nach Lues II - Status nach Gonokokken- und Chlamydien-Urethritis (02/11) - unklarer Beschwerdekomples mit diffusen Arthralgien und Myalgien, morgendlichem Steifigkeitsgefühl sowie verminderter muskulärer und kreislaufmässiger Belastungsfähigkeit - anamnestisch und klinisch keine Anhaltspunkte für eine rheumatologische Erkrankung - differentialdiagnostisch im Rahmen der infektiologischen Problematik (HIV- und HCV-Infekt), medikamentöse Nebenwirkungen

Dazu führten sie aus, aus psychiatrischer Sicht bestehe beim Beschwerdeführer eine bereits in den Akten dokumentierte Persönlichkeitsstörung und zudem eine vordiagnostizierte Pädophilie, die gegenwärtig nicht aktiv zu sein scheine, wobei er sich homosexuell betätige, auch mit Hilfe von Kokain, wie er angegeben habe. Von den Eltern sei neben dem älteren Bruder und der jüngeren Schwester besonders er häufig geschlagen worden. Er habe sich auf gelehnt und rebelliert. Er habe wiederholtes Scheitern in der Schule, in der Lehre und in

der beruflichen Laufbahn erlebt. Er habe sich früh zu Knaben hingezogen gefühlt, so dann auch als Fußballtrainer. 1994 bis 1998 und 2004 bis 2006 sei er im Strafvollzug gewesen. Danach sei es vor allem zu wiederholtem Kokainkonsum gekommen, der bis heute als gelegentlicher Kokainkonsum geblieben sei (S. 11 f.).

Diagnostisch handle es sich um eine kombinierte narzisstische und paranoide Persönlichkeitsstörung, gekennzeichnet durch grosse Anspruchshaltung, mangelndes Einfühlungsvermögen für andere, depressive Verstimmungen und vor allem auch aggressive Gestimmtheit sowie Empfindlichkeit gegen Kritik mit Streitbarkeit, indem er belanglose Ereignisse auf sich selbst beziehe und negativ interpretiere sowie eine Selbstbezogenheit. Diagnostisch seien auch die Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt mit im Vordergrund verminderter Freude empfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und Morgentief bei vor allem anamnestisch Schlafstörungen. Es beständen eine rasche verbale Aggressivität und paranoide Ideen mit Beeinträchtigungsgedanken, was aber auch durch den Kokaingebrauch verstärkt werden könne. Eine deutliche emotionale Instabilität mit mangelnder Impulskontrolle und Ausbrüchen von gewalttätigem sowie bedrohlichem Verhalten bestände nicht. Der Kokainkonsum, auch wenn er wie angegeben gelegentlich sei, könne die negativen Persönlichkeitsanteile und die depressive Symptomatik verstärken. Diagnostisch handle es sich um einen schädlichen Gebrauch. Er habe auch verstärkte Gelenkschmerzen mit dann auch Kokainkonsum angegeben. Eine psychische Überlagerung im Rahmen der vorliegenden psychischen Störungen sei möglich. Eine Toxikomanie und eine Entzugssymptomatik seien nicht erwiesen. Es bestände ein chronischer Verlauf aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungüberzeugung. Die Prognose sei ungünstig (S. 12).

Aus psychiatrischer Sicht bestände eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50%. Dies sei durch die kombinierte Persönlichkeitsstörung, die depressive Störung und die Störung durch Kokain bedingt. Der Kokaingebrauch sei hier sekundär entstanden, vor allem auch nach dem Strafvollzug infolge Pädophilie, wie der Beschwerdeführer angegeben habe, als er sich danach sexuell auf erwachsene Männer konzentriert habe. Der Einfluss des Kokainkonsums auf die Persönlichkeitsstörung und die depressive Störung könne nicht genau quantifiziert und erst nach einer längeren Abstinenz genau angegeben werden. Ebenso könne erst nach einem gänzlichen Verzicht auf den Substanzkonsum beurteilt werden, ob bleibende Sekundärschäden infolge des Substanzkonsums, vor allem in Bezug auf die Konzentrationsfähigkeit, beständen. Durch die psychischen Störungen komme es bei einer Arbeitstätigkeit zu einer verminderten Belastbarkeit mit verminderter Konfliktfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne ihm zugemutet werden, in einer somatisch angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 50% zu arbeiten, auch ganztags mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Wenn rein theoretisch der Einfluss der leichten depressiven Episode zu 20% und der Einfluss des Kokainkonsums zu 10% auf die Arbeitsfähigkeit veranschlagt würde, ergäbe sich theoretisch nach Behandlung dieser beiden Störungen eine restliche Arbeitsunfähigkeit von 20% durch die Persönlichkeitsstörung. Mit der Persönlichkeitsstörung habe er nach eigenen Angaben auch zu 80% im M.\_\_\_\_ gearbeitet, dies während mehrerer Jahre (S. 12 f.).

Es bestände eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, eine psychopharmakologische Medikation erhalte er nicht. Er sei auch nicht wirklich bereit, auf den

gelegentlichen Kokainkonsum zu verzichten (S. 13) .

Der Beschwerdeführer habe 2008 bei homosexueller Promiskuität ohne „safe sex“ eine febrile exanthematöse Krankheit erlitten. Serologisch sei damals eine Lues II und eine HIV-Infektion diagnostiziert worden . Möglicherweise habe er eine HIV-Primoinfektion gehabt. Das Krankheitsbild, die sehr hohe HIV-Viruslast und die bei der Diagnosestellung noch relativ hohen CD4-Lymphozyten ( $>350/\mu\text{l}$ ) würden sehr gut zu einer Primoinfektion passen. Die Lues sei mit drei intramuskulären Depotpenicillinspritzen korrekt behandelt worden. Gemäss Akten sei allerdings damals wahrscheinlich keine Lumbalpunktion zum Ausschluss einer Neurolues gemacht worden. Die HIV-Infektion sei vorerst noch nicht antiretroviral behandelt worden. Ein Jahr später sei er an einem Kaposisarkom erkrankt, welches während drei Monaten korrekt und wirksam mit liposomalem Doxorubicin behandelt worden sei. Seit Therapieabschluss sei das Kaposisarkom nicht mehr aufgetreten und auch bei der aktuellen körperlichen Untersuchung nirgends sichtbar gewesen. Beim Auftreten des Kaposisarkoms sei im Juni 2009 auch eine antiretrovirale Therapie eingeleitet worden. Diese sei mit Ausnahme eines vom Beschwerdeführer gewünschten Therapieunterbruchs von ca. 6 Wochen (Mai/Juni 2013) bis jetzt mit guter Compliance durchgeführt worden. Aktuell sei das HIV im Blut unter der Nachweisgrenze ( $<20$  Kopien/ml) und die CD4- und CD8-Lymphozyten in einem sehr hohen normalen Bereich. Die multiplen subjektiven Symptome seien auch während der gewünschten Pause der antiretroviralen Therapie (2013) nicht verschwunden, so dass sie wohl eher der chronischen Hepatitis C als der antiretroviralen Therapie zuzuschreiben seien. Nach Wiederaufnahme der antiretroviralen Therapie seien die CD4-Lymphozyten stets über  $700/\mu\text{l}$  und der HIV-viral load zwar messbar, jedoch im sehr tiefen Bereich gewesen . Zusammenfassend sei die HIV-Infektion sehr gut kontrolliert (S. 25 f.) .

2011 habe sich der Beschwerdeführer mit dem HCV angesteckt und nach einer anikterischen Hepatitis eine chronische Hepatitis C erlitten. Nach einer Therapie mit pegIFN/Ribavirin sei es zu einer Remission während ca. 6 Monaten und anschliessend zu einem Rezidiv gekommen . Da er auch im Rezidiv einen Genotyp 3 habe , sei ein Rezidiv wahrscheinlicher als eine Reinfektion. Zumindest ein Teil der von ihm geklagten Symptome (Müdigkeit, Myalgien, Arthralgien, Schwächegefühl) seien wohl durch die unkontrollierte chronische Hepatitis C mit der hohen Virusdichte im Blut bedingt (S. 26) .

Von Seiten der Infektiologie sei der Beschwerdeführer wegen der unkontrollierten chronischen Hepatitis C und möglicherweise den Nebenwirkungen der antiretroviralen Medikamente zu 20 % arbeitsunfähig (S. 26).

Aus rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und allgemeinmedizinischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 28).

Aus polydisziplinärer Sicht würden die Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und infektiologischer Sicht kumuliert, da sie verschiedene Lebensbereiche betreffen . Durch die psychische Erkrankung sei vor allem die Konfliktfähigkeit vermindert, während die Beschwerden von Seiten der Infektionen die Leistungsfähigkeit einschränken würden . Insgesamt bestehe daher eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % für jegliche Tätigkeit (S. 28) .

Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 2008. Damals sei ihm wegen des psychischen Leidens eine solche attestiert worden . Über den Verlauf könnten keine sicheren Angaben gemacht werden, da objektive Befunde fehlen würden . Die 2008 diagnostizierte HIV-Infektion habe anfangs nicht zu einer lang dauernden höhergradigen Arbeitsunfähigkeit geführt. Die

derzeit festgestellte Kombination des

psychischen Leidens mit dem aktuellen infektiologischen Zustand besteht seit Anfang 2013, nachdem die HCV-Infektion rezidiert sei. Sicher gelte die Arbeitsunfähigkeit von 70 % ab dem Zeitpunkt

der Untersuchung im Februar 2015 (S. 28) .

Aus psychiatrischer Sicht könnte mit einer Kokainabstinenz eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeit von 10 % erreicht werden. Eine weitere Besserung der depressiven Symptomatik sei ebenfalls möglich, wobei kein genauer zeitlicher Verlauf angegeben werden könne. Aus infektiologischer Sicht seien weitere regelmässige Kontrollen angezeigt. Allenfalls sei auch eine neue Therapie der chronischen Hepatitis C möglich, ein Rückgang der Symptomatik sei damit allerdings nicht absehbar (S. 29) . 5.4

Auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin (Urk. 7/107/1) bestätigten Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ von der A.\_\_\_\_ mit Stellungnahme vom 29. Februar 2016 (Urk. 7/108), dass bei diesem deutlich eingeschränkten Beschwerdeführer die Kumulation der Arbeitsunfähigkeit somatisch und psychiatrisch auch bei wiederholter Durchsicht des Gutachtens adäquat sei. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sei im Gutachten bereits integrativ festgelegt worden, darauf werde verwiesen. Das Belastungsprofil treffe auf eine leichte administrative Tätigkeit zu, ohne Publikumskontakt, bei der das Soll-Arbeitsvolumen mit einer gewissen freien Zeiteinteilung abgearbeitet werden könnte. 5.5

Der behandelnde Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht zu Händen des Beschwerdeführers vom 27. Februar 2017 (Urk. 7/120) aus, aufgrund der schwergradigen Symptomatik sei aktuell aus rein psychiatrischer Sicht von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführer habe sich inner halb des letzten Jahres noch mehr zurückgezogen und noch weniger Sozialkontakte gehabt. Er könne aufgrund seiner Aggressionsproblematik nur noch teilweise die öffentlichen Verkehrsmittel nutzen. Innerhalb des letzten Jahres habe sich aufgrund der sich immer weiter verschlechternden Persönlichkeitsstörung und der damit verbundenen Symptomatik eine immer deutlichere Arbeitsunfähigkeit in jeder vorstellbaren Struktur ergeben. Er nehme nun seit Jahren eine regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung wahr. Es werde eine suchtspezifische und eine supportive Therapie durchgeführt. Bezüglich der Kokainproblematik fänden sich aktuell keine Hinweise auf einen regelmässigen Konsum. Es würden alle Möglichkeiten genutzt, um sowohl bezüglich der Persönlichkeitsstörung als auch der Kokainsymptomatik Massnahmen durchzuführen. Aufgrund der psychiatrischen Symptomatik sei eine rein psychotherapeutische Struktur mit rein supportiver psychopharmakologischer Betreuung nötig. Sowohl bezüglich der Persönlichkeitsstörung als auch der Kokainsymptomatik fänden sich keine psychopharmakologischen Betreuungsmassnahmen. Es komme so weit möglich zu einer maximalen Therapiecompliance des Beschwerdeführers (S. 2 f.). 6.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 28. April 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 11. April 2017 sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Auf die Auferlegung der Schadenminderungspflicht vom 25. August 2016 sei zu verzichten. Zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Am 7. Juni 2017 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei

abzuweisen, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Da s polydisziplinäre Gutachten der

A. \_\_\_ vom 4. Mai 2015 (E. 5. 3 hievor ) beruht auf den erforderlichen allgemeininternen, rheumatologischen, psychiatrischen, neuropsychologischen, neurologischen und infektiologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

Sie zeigten auf, dass der Beschwerdeführer unter anderem an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer depressiven Störung und einem schädlichen Kokaingebrauch leide, wobei Letzterer sekundär entstanden sei. Die zusätzlich bestehende HIV-Infektion sei sehr gut kontrolliert, die unkontrollierte chronische Hepatitis C führe hingegen zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter wiesen darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer, neurologischer, neuropsychologischer und allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt sei und hielten fest, dass sich der Gesundheitszustand Anfang 2013, nachdem die HCV-Infektion rezidiert sei, verschlechtert habe. Sie gelangten sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Beschwerden zu 50 % und aus infektiologischer Sicht zusätzlich zu 20 % arbeitsunfähig sei, mithin mindestens seit dem Untersuchungszeitpunkt im Februar 2015 eine Arbeitsfähigkeit von lediglich noch 30 % in jeglicher Tätigkeit bestehe. Sie führten aus, dass sich die Arbeitsunfähigkeit mit einer Kokaïnabstinenz und bei Besserung der depressiven Symptomatik reduzieren könne. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5 hievor). Dies ist auch zwischen den Parteien grundsätzlich unbestritten. Die Beschwerdegegnerin ist jedoch der Ansicht, dass von der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen sei und diesbezüglich höchstens eine solche von 10 % vorliege. 6.2

Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

higkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3, 143 V 418 E. 6).

Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann damit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3).

Daran ändert nichts, wenn - wie vorliegend - nach Ansicht des RAD auf das Gutachten abzustellen sei (vgl. Urk. 7/95/4 f. und Urk. 7/109/5). 7. 7.1

Bei dem Beschwerdeführer wurden als die Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht beeinträchtigende Diagnosen eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen, eine leichte depressive Episode sowie eine Störung durch Kokain, schädlicher Gebrauch, festgestellt. 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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).  
7. 2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 144 V 50 E. 4.3, 141 V 281 E. 6).

Diese 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).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E.

4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 7.3.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass nur dort, wo bereits in den Diagnosekriterien ein Bezug zum Schweregrad gefordert wird, ein solcher nicht erreichter Schweregrad gegebenenfalls bereits den Abschluss einer krankheitswertigen Störung erlauben würde. Verallgemeinert auf sämtliche psychiatrischen Diagnosen angewendet, greift diese Auffassung je doch zu kurz. Fehlt in der Diagnose die Schweregradbezogenheit, zeigt sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Der Beschwerdeführer leidet an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen. Eine solche geht definitionsgemäss von einer schweren Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens der betroffenen Person aus (Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 276). Die depressive Störung ist hingegen gemäss Gutachter lediglich leicht. Der Kokainkonsum erfolgt nur noch gelegentlich, könne die negativen Persönlichkeitsanteile und die depressive Symptomatik aber verstärken (E. 5.3 hievor). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Indikator der diagnoserelevanten Befunde damit als ungefähr mittelgradig ausgeprägt. 7.3.2

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz“ befindet sich der Beschwerdeführer seit über 20 Jahren in regelmässiger psychiatrischer Behandlung (vgl. Urk. 7/93/10 und Urk. 7/93/37), dies derzeit mit Terminen alle zwei Wochen. Durch die Behandlung hat sich zwar seine Pädophilie insofern verbessert, als er gegenwärtig nicht aktiv zu sein scheint (vgl. Urk. 7/93/28), an den durch die Persönlichkeitsstörung, Depression und Kokainkonsum bedingten Einschränkungen hat sich hingegen nichts geändert. Vielmehr haben sich die psychischen Beschwerden seit der HIV-Diagnose 2008 verstärkt (vgl. E. 5.3 hievor). Dies lässt auf eine mittelgradige Ausprägung der Symptomatik schliessen. Zwar schlossen die Gutachter nicht aus, dass sich bei Weiterführung der Behandlung sowie einer Kokainabstinenz die Arbeitsfähigkeit um 10 bis 20 % verbessern könnte. Einen genauen zeitlichen Verlauf vermochten sie jedoch nicht anzugeben (Urk. 7/93/30), weshalb dies nicht gegen eine derzeitige mittelgradige Ausprägung der Symptomatik spricht. 7.3.3

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 8.1). Der Beschwerdeführer leidet nebst seinen psychischen Beschwerden unter anderem an einer unkontrollierten chronischen Hepatitis C, welche ihn zusätzlich in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkt (E. 5.3 hievor). Als „Komorbiditäten“ zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen sind damit ausgewiesen. 7.3.4

Bei den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Den Unterlagen ist eine schwierige Kindheit und Jugendzeit mit Gewalt seitens der Eltern, vor allem des Vaters, zu entnehmen (vgl. etwa Urk. 7/93/41 und 57). Heute lebt der Beschwerdeführer alleine in einer Einzimmerwohnung. Bislang habe er nie eine Beziehung gehabt. Er halte es mit niemandem aus. Einen Kollegen aus Bern sehe er ungefähr alle sieben Wochen, einen Kollegen aus Zürich sehe er jeweils längere Zeit nicht, da er sich mit diesem rasch verkrache. Seine Eltern sehe er an Geburtstagen, Heiligabend und ähnlichen Anlässen und telefoniere mit ihnen alle drei Wochen. Mit seiner Schwester habe er nur noch telefonischen Kontakt. Mit dem Bruder verstehe er sich an sich gut, doch könne dessen Ehefrau mit ihm wegen der Delikte, die er begangen habe, nicht umgehen. Seit dem letzten Gefängnisaufenthalt verstehe er sich nicht mehr mit Leuten. Er raste aus, in den letzten zwei Jahren sei es schlimmer geworden. Er habe auch Probleme mit den Nachbarn. Bei der Arbeit habe er dauernd Konflikte mit Mitarbeitern gehabt. Oft halte er sich zu Hause auf dem Balkon auf, wo er dann die Möglichkeit habe, sich in die Wohnung zurückzuziehen (Urk. 7/93/10 f.). Der soziale Lebenskontext und die Persönlichkeit enthalten somit keine bestätigenden, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkenden Faktoren. 7.3.5

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael

E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff.) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Es besteht ein deutlicher sozialer Rückzug. Der Beschwerdeführer vermag aber auswärts Termine wahrzunehmen und auch nachmittags hinauszugehen und zu spazieren. Auch ist es ihm möglich, nach Thailand in die Ferien zu fahren (vgl. Urk. 7/93/11 und 25). Die Einschränkung im Alltag ist da mit lediglich als mittelgradig zu betrachten, entspricht somit jedoch der gemäss Gutachter bestehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit. 7.3.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, a.a.O., S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer ist seit über zwanzig Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung mit derzeit Gesprächen alle zwei Wochen. Psychopharmaka nimmt er keine ein. Der behandelnde Psychiater führte jedoch aus, dass sowohl bezüglich der Persönlichkeitsstörung als auch der Kokainsymptomatik keine psychopharmakologischen Betreuungsmassnahmen beständen. Soweit möglich komme es zu einer maximalen Therapiecompliance des Beschwerdeführers (Urk. 7/120 S. 3). Ein diesbezüglich inkonsistentes Verhalten ist damit nicht ersichtlich, vielmehr ist in Anbetracht der seit Jahrzehnten bestehenden Behandlung von einem Leidensdruck entsprechend der 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Eingliederungsmassnahmen wurden bislang keine durchgeführt, wes halb daraus keine Schlüsse gezogen werden können. 7.3.7

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren ist – übereinstimmend mit den Gutachtern - eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer aus psychischen Gründen zu 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit führt, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Gutachter und RAD bestätigten auf entsprechende Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin übereinstimmend, dass die psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit mit der somatischen Einschränkung zu kombinieren sei („integrative“ Einschätzung; Urk. 7/108 und Urk. 7/109/5), und es besteht vorliegend kein Anlass, von ihren Einschätzungen abzuweichen. Von einer 70%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ab Anfang 2013 auszugehen, nachdem die HCV-Infektion dann rezidierte und eine anschliessende Veränderung des Zustandes bis zur Begutachtung nicht ersichtlich ist (vgl. E. 5.3 hievor). 7.4

Mit Stellungnahme vom 27. Februar 2017 (E. 5.5 hievor) berichtete der behandelnde Psychiater von einer Verschlechterung des Zustandes seit der Begutachtung, der Beschwerdeführer sei bereits aufgrund der psychiatrischen Symptomatik zu 70 % arbeitsunfähig. Ein ausführlicher psychiatrischer Befund ist dem Bericht jedoch nicht zu entnehmen, und ob der Beschwerdeführer seinen Kokainkonsum inzwischen eingestellt hat, vermochte Dr. B. \_\_\_ zudem nicht mit Sicherheit festzustellen. Der vom Psychiater geschilderte soziale Rückzug sowie das Wahrnehmen der Therapien wurde bei der Prüfung der Standardindikatoren

(E. 7.1-7.3 hievor) bereits berücksichtigt, ebenso, dass sich die Aggressivität des Beschwerdeführers in den letzten Jahren verstärkt hat. Weitere Faktoren, welche bei gesamthafter Betrachtung auf eine mehr als mittelgradige Ausprägung der Indikatoren schliessen lassen würden, sind nicht ersichtlich. Eine mehr als 50%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen Beschwerden ist damit im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung nicht ausgewiesen, und es ist weiterhin von einer aus infektiologisch und psychiatrischer Sicht um 70 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG ).

### **E. 8.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

Der für die Invaliditätsbemessung und damit den Rentenanspruch massgebende Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4.2).

### **E. 8.2**

Der Beschwerdeführer hat keine Ausbildung absolviert und war - neben Unterbrüchen infolge Arbeitslosigkeit und Gefängnisaufenthalten - seit 1992 als Fitnissangestellter tätig, weshalb diese Arbeit als seine angestammte anzusehen ist (vgl. Urk. 7/9). Gemäss Gutachter ist er lediglich noch in einer leichten administrativen Tätigkeit ohne Publikumskontakt, bei der das Soll-Arbeitsvolumen mit einer gewissen freien Zeiteinteilung abgearbeitet werden kann, arbeitsfähig. Eine Tätigkeit als Fitnessinstrukteur ist ihm also offensichtlich nicht mehr zumutbar. Ein Prozentvergleich ist damit entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht möglich, der Invaliditätsgrad ist anhand der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) zu bestimmen.

### **E. 8.3**

Für die Ermittlung des Valideneinkommens, also des Einkommens, welches die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, wird in der Regel am zuletzt erzielten Verdienst angeknüpft.

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt seiner HIV-Diagnose im August 2008 als Fitnessinstrukteur und seither nicht mehr erwerbstätig. Es ist davon auszugehen, dass er ohne Verschlechterung seines Zustands weiterhin bei der Z.\_\_\_\_ angestellt wäre, war ihm doch auch zuvor ein langjähriger ununterbrochener Arbeitseinsatz möglich (vgl. Urk. 7/9/2). Gestützt auf deren Angaben hätte er im Jahre 2014 bei einer 100 %-Anstellung ein Jahreseinkommen von Fr. 49'918.15 erzielt (Urk. 7/13/3; Fr. 45'360.-- bei 40.5 h/Woche, aufgerechnet auf die betriebsüblichen 42 h/Woche, hochgerechnet per 2014 [vgl. Indizes 2008-2014, Entwicklung der Nominallohne, Bundesamt für Statistik, T39, Männer]).

### **E. 8.4**

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist auf die LSE 2014 abzustellen. Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) für Männer in einfachen und repetitiven Tätigkeiten (TA1, Kompetenzniveau 1) beläuft sich auf Fr. 5'312.--. Dies ergibt unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T. 03.02.03.01.04.01) bei einer 30%igen Arbeitsfähigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 19'935.95 per 2014.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder

Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C\_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Mit Bezug auf den behinderungs- beziehungsweise leidensbedingten Abzug ist zu beachten, dass das medizinische Anforderungs- und Belastungsprofil eine zum zeitlich zumutbaren Arbeitspensum tretende qualitative oder quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit darstellt, wodurch in erster Linie das Spektrum der erwerblichen Tätigkeiten (weiter) eingegrenzt wird, welche unter Berücksichtigung der Fähigkeiten, Ausbildung und Berufserfahrung der versicherten Person realistischerweise noch in Frage kommen. Davon zu unterscheiden ist die Frage, ob mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung bestehen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_826/2015 vom 13. April 2016 E. 3.2.1).

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen

zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 unter Hinweis auf 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2).

Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt betrifft das Kriterium der Dienstjahre, dessen Bedeutung im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist. Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) kommt diesem Aspekt keine ins Gewicht fallende Bedeutung zu (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2 und 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3 unter Hinweis auf 8C\_351/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.4.2).

Die Beschwerdeführerin berücksichtigte keinen Abzug vom Tabellenlohn. Der Beschwerdeführer ist jedoch lediglich noch in einer leichten administrativen Tätigkeit ohne Publikumskontakt, bei der das Soll-Arbeitsvolumen mit einer gewissen freien Zeiteinteilung abgearbeitet werden kann, arbeitsfähig. Er kann damit in einer Hilfsarbeitertätigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt seine verbliebene 30%ige Arbeitsfähigkeit nur noch mit unterdurchschnittlichem beruflichem Erfolg verwerten. Hinzu kommt, dass laut der gestützt auf die LSE 2014 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen ein Beschäftigungsgrad von 25 - 49 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) verglichen mit Vollzeitbeschäftigten zu einer überproportionalen Lohneinbusse von rund 14 % (Fr. 5'221.-- statt Fr. 6'069.--) führt. Weitere Gründe für einen zusätzlichen Tabellenlohnabzug bestehen hingegen nicht, weshalb nicht der maximale, sondern ein leidensbedingter Abzug von 20 % gerechtfertigt ist. Das Valideneinkommen ist damit auf Fr. 15'948.75 festzusetzen.

### **E. 8.5**

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 49'918.15 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 15'948.75 ergibt einen Invaliditätsgrad von 68 %. Der Beschwerdeführer hatte sich am 19. Dezember 2013 erneut zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Nachdem das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG spätestens

Anfang 2013 begonnen hatte (vgl. E. 7.3.7. hievore), ist ihm da mit sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG), mithin ab 1. Juni 2014, eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

Dies führt – der Beschwerdeführer beantragt die Zusprechung einer ganzen Rente (Urk. 1) - zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

### **E. 9**

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das teilweise Nichteintreten auf die Beschwerde rechtfertigt hier keine andere Verlegung der Prozesskosten.

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 1) erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. April 2017 aufgehoben und es wird fest gestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Juni 2014 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung hat.

Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste, Y.\_\_\_\_ - 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 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 Beweismitel 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 Gräub Lanzicher

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