

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00624 vom 31. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00624

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00624 du 31 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00624 del 31 maggio 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.

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist

jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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 objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3).

Die Anerkennung eines renten begründenden 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisschuldigste versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik (BGE 143 V 418 E. 7.1 und 143 V 409 E. 4.5.3).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den

Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet 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.

E. 2

Eventualiter sei die IV-Verfügung vom 27.04.2017 aufzuheben und

es sei die IV-Stelle zu verpflichten, eine psychiatrische Begutachtung bei einem der nachfolgenden Psychiater durchzuführen: Frau Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Psy chiatrie und Psychotherapie

Herr Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

Herr Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und

Psychotherapie, Rehaklinik C.____ Gestützt auf das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten

sei über den Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine IV-Rente neu zu entscheiden.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 27. April 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Standpunkt, die beweiskräftige psychiatrische Begutachtung habe ergeben, dass der Versicherte an Erkrankun gen leide, die nicht zu einem länger dauernden Ausfall der Erwerbsfähigkeit führen würden. Insbesondere seien die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht erfüllt. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl in der angestammten Tätigkeit als Softwareentwickler, als auch in jeder anderen Tätigkeit nicht eingeschränkt. Folglich bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

E. 2.2

Der Versicherte machte demgegenüber in seiner Beschwerdeschrift vom 29. Mai 2017 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ vom 12. September 2016 könne sowohl aus formellen, als auch aus materiellen Gründen nicht abgestellt werden. Formal mangelbehaftet sei die Expertise namentlich mit Blick auf die Dauer der Begutachtung, die vorhande nen Ungenauigkeiten sowie die unangemessene Atmosphäre anlässlich der Untersuchung (S. 6 ff.). Inhaltlich überzeuge das Gutachten angesichts der detaillierten Beurteilungen der langjährigen behandelnden Ärzte weder in Bezug auf die gestellten Diagnosen, noch hinsichtlich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Letztere sei seit langer Zeit zu mindestens 80 % eingeschränkt, weshalb

Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung bestehe. Zumindest müsse jedoch im Sinne des Eventualantrages eine psychiatrische Neubegutachtung in Betracht gezogen werden (S. 9 ff.).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2017 (Urk. 7) blieb die IV-Stelle dabei, dass auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden könne. Dr. Y.____ habe sich auch im Zuge einer ergänzenden Stellungnahme vom 9. März 2017 einlässlich mit den vorhandenen Arztberichten auseinandergesetzt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden liege nicht vor.
3.

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Gegenpartei.“

Mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2017 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, worüber der Versicherte mit Verfügung vom 13. Juli 2017 (Urk. 9) orientiert wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht (mehr) durch somatische Erkrankungen wie namentlich Rückenbeschwerden beeinträchtigt ist (vgl. Urk. 8/49/3, 8/73/3). Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar:

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 13. April 2016 folgende Diagnosen (Urk. 8/60/2): - Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung mit Anteilen der Verschlussenheit und negative Affektivität (ICD-10 F60.6), - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), - Verdacht auf einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0).

Die psychiatrische Abklärung habe ein seit der Jugend geprägtes Muster von ängstlichem, insuffizientem und depressivem Erleben mit Vermeidungsverhalten ergeben. Bis 2006 habe der Versicherte Kompensationsmöglichkeiten gehabt, die jedoch nicht mehr hilfreich seien und zur Dekompensation respektive zur Erkrankung geführt hätten. Diese sei in der Weise ausgeprägt, dass das interpersonelle Interaktionsverhalten sowie das intrapsychische Erleben stark beeinträchtigt seien. Diese Störungen würden sich in allen Lebensbereichen wie Partnerschaft, Familie, Freizeit und Arbeit auswirken, sodass die Lebensqualität sehr stark vermindert sei. Die interpersonellen und intrapsychischen Konflikte seien tief verwurzelt und seit der Kindheit ungelöst bestehend. Die Life-Events (Frühgeburt, familiäre emotionale Deprivation, Demütigungen aufgrund des Migrationshintergrunds, Aussenseiterdasein, Verleugnung der Homosexualität, traumatisch erlebte HIV-Diagnose und Hodenkrebs) hätten Einfluss genommen auf die introvertierte, ruhige, passive, abhängige und skeptische Primärpersönlichkeit. Aufgrund der schwer ausgeprägten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und der rezidivierenden ängstlich-depressiven Erkrankungsphasen sei die Prognose für eine Genesung sehr wahrscheinlich ungünstig. Die Arbeitsfähigkeit belaufe sich auf maximal 20 % (Urk. 8/60/4).

E. 3.2

Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.____ vom 12. September 2016 sind einzig Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 8/92/17): - Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), - Akzentuierte Persönlichkeitszüge, hier selbstunsichere (ICD-10 Z73.1), - Negativ veränderte Struktur der Familienbeziehungen in der Kindheit (ICD-10 Z61.2), - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), - Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen (ICD-10 Z59), - Anpassungsprobleme bei Veränderungen der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0).

Wenngleich es Hinweise auf eine zum Teil als belastend erlebte Kindheit und Jugend des Exploranden - etwa die angegebene Ausgrenzung in der Schulzeit - gebe, sei nicht von traumatischen Ereignissen im Sinne des ICD auszugehen. Sollte es diese Erlebnisse und Faktoren in der Kindheit und Jugend gegeben haben, so hätten sie mit Blick auf die Lehrausbildung und die spätere Weiterbildung zum Softwareentwickler höchst unwahrscheinlich Auswirkungen auf die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit gehabt. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im vorliegenden Fall irrelevant, aber möglich sei, dass der Versicherte aufgrund der anscheinend ungünstigen familiären Umgebung in der Kindheit und Jugend selbstunsichere Persönlichkeitsaspekte ausgebildet habe. Diese seien jedoch im grossen Spielraum der Normvarianten menschlichen Erlebens und Verhaltens einzuordnen und nicht zu pathologisieren. Die unauffällige berufliche Umstellungs- und Leistungsfähigkeit sei ab 2006 mit der HIV-Diagnose eingebrochen. Der psychische Zustand sei im Bericht von Dr. D.____ vom 13. April 2016 als ängstliche, depressive Reaktion mit Rückzug und suizidalen Merkmalen beschrieben worden. Dieser Verlauf sei anlässlich der gutachterlichen Untersuchung auch vom Versicherten bestätigt worden, was insgesamt auf eine Anpassungsstörung gemäss ICD-10 F43.2 hinweise (Urk. 8/92/18). Definitionsgemäss dürfe diese nicht länger als sechs Monate anhalten, ausser bei einer längeren depressiven Reaktion. Für den Fall, dass die Symptome fort dauern, was vorliegend angenommen werden könne, schreibe das ICD-10 klar vor, dass die Diagnose in Übereinstimmung mit dem gegenwärtigen klinischen Bild geändert und die andauernden Belastungen unter Verwendung der Z-Codierungen gekennzeichnet werden sollten. Diese Einordnung bedeute nicht, dass depressive Symptome oder gar ein depressives Syndrom nicht mehr vorlägen. Sie seien dem Klassifikationssystem nach jedoch nicht mehr als pathologisch zu beurteilen (Urk. 8/92/20). Eine Persönlichkeitsstörung sei dagegen zu verneinen, zumal die Diagnosestellung durch Dr. D.____ offenbar ausnahmslos anhand der Angaben des Exploranden erfolgt sei, was problematisch sei. Allerdings sei vor allem mit Blick auf die jahrelange berufliche Leistungsfähigkeit des Versicherten bis zum Jahr 2006 nicht nachvollziehbar, dass das wesentliche Merkmal einer Persönlichkeitsstörung - das starre und unflexible Verharren von inadäquaten Verhaltensweisen in den verschiedensten Funktionsbereichen - dem Beschwerdeführer zugeschrieben werden könne (Urk. 8/92/21).

E. 3.3

Mit undatiertem Bericht entgegneten die behandelnden Fachpersonen Dr. med. Michael F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. phil. E.____, Fachpsychologin für Psychotherapie, die von Dr. D.____ gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1) seien überzeugend. Es hätten sich in allen durch den Mini-ICF erhobenen Kategorien (vgl. Urk. 8/99/13 ff.) erhebliche bis grosse Einschränkungen gezeigt, wobei deren (früh-)kindliche Genese eindeutig auf eine Persönlichkeitsstörung und nicht auf eine Anpassungsstörung hinweise. Die Einschränkungen würden sich bereits seit etwa dem 30. Lebensjahr wesentlich auf die

Arbeitsfähigkeit des Versicherten auswirken. Die psychische Dimension der Einschränkungen sei ihm jedoch erst mit der Aufnahme der Psychotherapie 2013 allmählich bewusst geworden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei stets gesundheitlich und nicht wirtschaftlich bedingt gewesen. Selbst unter idealen Voraussetzungen sei aktuell von einer maximal 20%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 8/99/22).

E. 3.4

Dr. D.____ hielt in seinem Bericht vom 23. Dezember 2016 an den von ihm zuvor im April 2016 gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1) fest. Die Kriterien für eine Anpassungsstörung seien nicht erfüllt, da sich die psychischen Symptome und Beschwerden wie unter anderem Pessimismus, Mut- und Hoffnungslosigkeit, Insuffizienzgefühle, Ängstlichkeit, Einzelgängertum sowie geringe Belastbarkeit wie ein roter Faden durch das Leben des Versicherten gezogen hätten. Im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik sei nicht bloss eine klinische Untersuchung des Beschwerdeführers erfolgt; es seien auch Auskünfte von Angehörigen und dem behandelnden Therapeuten eingeholt worden (Urk. 8/105/1 f.). Ausserdem könne der Aussage von Dr. Y.____, wonach eine Persönlichkeitsstörung aufgrund des damit einhergehenden unflexiblen und starren Verhaltens unvereinbar sei mit einer jahrelangen Leistungsfähigkeit, nicht per se zugestimmt werden. Die ICD-10 Kriterien würden besagen, dass solche Verhaltensmuster meistens stabil seien und häufig mit einem persönlichen Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einhergehen würden. Auch ein Mensch mit einer Persönlichkeitsstörung verfüge über Fähigkeiten und Ressourcen und könne aufgrund unterschiedlicher Kompensationsmechanismen eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit erzielen. Beim Versicherten sei es aufgrund der bestehenden Störungen durch wiederkehrende sowie anhaltende Misserfolge zu einer Resignation und damit zu einer psychischen Abwärtsspirale bis hin zur Invalidisierung gekommen. Es sei nach wie vor von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % auszugehen (Urk. 8/105/2 ff.).

E. 3.5

Dr. Y.____ wies in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 9. März 2017 insbesondere darauf hin, dass die Ausführungen des Therapeuten Dr. E.____ zum Mini-ICF offensichtlich einzig auf den Angaben des Explorenden beruhen würden (Urk. 8/110/1). Dr. E.____ nehme - was verständlich sei - eine parteiische Rolle ein und liefere keine überzeugenden Informationen oder Herleitungen, die für eine Änderung der gutachterlichen Beurteilung sprechen würden. In Bezug auf den Bericht von Dr. D.____ sei anzufügen, dass die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung überaus komplex und wegen der weitreichenden Auswirkungen für die betroffene Person auch mit ebenso hohen diagnostischen Hürden zu versehen sei. Die beim Versicherten vorliegenden Symptome seien namentlich unter Berücksichtigung der diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 nicht ausreichend für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/110/2 f.). Gesamthaft sei nochmals festzuhalten, dass die Probleme des Versicherten in Bezug auf die Lebensführung im Gutachten mehrfach gewürdigt worden seien. Diese würden jedoch aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auslösen (Urk. 8/110/4). 4. 4.1

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung - insbesondere eine Rente - zu Recht verneint hat (vgl. E. 2.1 ff.).

Vorab ist in diesem Zusammenhang die Expertise von Dr. Y. ___ vom 12. September 2016 (Urk. 8/92) auf ihren Beweiswert zu überprüfen. Sie basiert auf umfassenden psychiatrischen Abklärungen und wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 8/92/2 ff.). Des Weiteren konnte der Versicherte seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde vom Gutachter eingehend zu diversen Themenbereichen wie der sozialen Situation sowie dem beruflichen Werdegang befragt (Urk. 8/92/9 ff.). Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dar gelegt und erläutert wurden (Urk. 8/92/17 ff., 8/110). Soweit möglich erfolgte sodann eine ausführliche Auseinandersetzung mit den vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 8/92/20 f., 8/110). Gesamthaft erfüllt das psychiatrische Gutachten somit die praxismässigen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.5). 4.2

Zu prüfen bleibt, ob die vom Versicherten in seiner Beschwerdeschrift vorgebrachten Rügen die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens von Dr. Y. ___ zu schmälern vermögen. Er macht zunächst geltend, dass die Persönlichkeitsdiagnostik komplexe Anforderungen an den Untersucher stelle und oftmals mehrere Gespräche mit dem Betroffenen sowie das Einholen von fremdanamnestischen Auskünften erfordere. Eine Untersuchung von lediglich 60 Minuten sei in dieser Hinsicht nicht geeignet. Andererseits wies er auf mehrere Ungenauigkeiten im Gutachten hin - unter anderem hinsichtlich der HIV-Infektion und des letztmaligen Alkoholkonsums - und kritisierte den Untersuchungsstil respektive die Atmosphäre anlässlich der psychiatrischen Exploration (Urk. 1 S. 6 ff.).

Der Beschwerdeführer ist sich jedoch bewusst (Urk. 1 S. 7), dass es gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht auf die Dauer einer Untersuchung ankommt. Entscheidend ist vielmehr, ob die darauf basierenden Folgerungen vollständig und nachvollziehbar sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_848/2012 vom 16. April 2013 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. zu dieser Fragestellung hernach E. 4.3). An dieser Praxis hielt das Bundesgericht in weiteren Entscheiden fest, wobei es ergänzend darauf aufmerksam machte, dass auch die Anzahl der notwendigen psychiatrischen Explorationen sowie das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten unterliegt (Urteile 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2 und 9C_44/2017 vom 9. Mai 2017 E. 4.3 f.). In Bezug auf die vom Versicherten angesprochenen Ungenauigkeiten im Gutachten ist sodann weder ersichtlich noch dargetan, inwiefern sich diese auf die im Ergebnis massgebende Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit auswirken sollten. Selbiges gilt hinsichtlich des beanstandeten äusseren Rahmens der Exploration. Sofern der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang sinngemäss die Unparteilichkeit des Gutachters anzweifelt (vgl. Urk. 1 S. 9), ist ergänzend festzuhalten, dass bei der Beurteilung einer allfälligen Befangenheit nicht auf das subjektive Empfinden der versicherten Person abgestellt werden kann (BGE 132 V 93 E. 7.1). So ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass der Versicherte die Begutachtung als anstrengend und belastend wahrnahm (Urk. 1 S. 8). Das beanstandete Fehlen eines empathischen Untersuchungsstils vermag aus objektiver Sicht allerdings keinen Anschein der Voreingenommenheit zu begründen. Ebenso wenig ergibt sich dies aus dem Umstand, dass die Gutachter einer Aufnahme des Gesprächs auf Band nicht zustimmten. Zum einen steht ihnen dies aus persönlichkeitsrechtlichen Gründen frei. Zum anderen ergeben sich aus der Expertise keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass

es zu einer selektiven Fragestellung und tendenziösen Auswertung gekommen wäre. Die dahingehenden undifferenzierten Vorwürfe des Beschwerdeführers sind nicht zu hören. 4.3
4.3.1

Dr. Y. ___ ging im Ergebnis von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl für die zuletzt ausgeübte, als auch für eine dem Alter, der Qualifikation und dem Habitus des Versicherten angepassten Tätigkeit aus (Urk. 8/92/21). Dies überzeugt grundsätzlich in Anbetracht der gestellten Z-Diagnosen (Urk. 8/92/17), zumal solche Belastungen nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (Urteil des Bundesgerichts 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E.

5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). In seinem Hauptstandpunkt rügt der Beschwerdeführer allerdings im Wesentlichen, Dr. Y. ___ habe das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung zu Unrecht verneint, was im klaren Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Fachpersonen stehe. In Anbetracht dieser psychischen Störung sowie der zusätzlich gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eines Verdachts auf eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sei seit langer Zeit von einer um mindestens 80 % eingeschränkten Funktions-, Leistungs- und Erwerbsfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 9 ff.). 4.3.2

Der Versicherte stützt seine Argumentation zum einen auf den undatierten Bericht der Dres. F. ___ und E. ___ (Urk. 8/99/13 ff.), welcher zu den ebenfalls von Dr. Y. ___ geprüften 13 Kategorien des Mini-ICF-APP (vgl. Urk. 8/92/15 f.) umfangreiche Ausführungen enthält. Es erübrigt sich jedoch aus mehreren Gründen, auf diese im Einzelnen einzugehen. Zunächst ist darauf hin zuweisen, dass Berichte eines Psychologen nicht dazu geeignet sind, fachärztliche Feststellungen eines Psychiaters umzustossen (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Zwar hat Dr. F. ___ als delegierender Arzt den Bericht ebenfalls unterzeichnet (Urk. 8/99/22). Er verfügt allerdings ebenfalls nicht über die notwendige fachärztliche Qualifikation im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. www.medregom.admin.ch), was bei der Würdigung des Berichtes von erheblicher Bedeutung ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_547/2010 vom 26. Januar 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). Im Weiteren ist Dr. Y. ___ dahin gehend zuzustimmen (vgl. Urk. 8/110/1), als der Bericht der Dres. F. ___ und E. ___ massgeblich auf subjektiven Angaben des Versicherten beruht, welche sich überwiegend auf mehrere Jahre oder gar Jahrzehnte zurückliegende Ereignisse beziehen. Damit geht einher, dass sie keiner kritischen Würdigung durch die behandelnden Fachpersonen zugänglich sind, zumal der Beschwerdeführer erst seit 2013 eine psychologische Beratung in Anspruch nimmt (Urk. 8/99/13). Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter

im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc. 4.3.3

Andererseits beruft sich der Beschwerdeführer auf die fachärztlichen Stellungnahmen von Dr. D. ___ vom 13. April und 23. Dezember 2016 (Urk. 8/60, 8/105), welcher aus psychiatrischer Sicht namentlich ausgehend von der von ihm diagnostizierten Persönlichkeitsstörung eine maximal 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert.

Im Unterschied zu akzentuierten Persönlichkeitszügen vermag eine Persönlichkeitsstörung grundsätzlich einen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen). Dr. Y.____ legte allerdings nachvollziehbar dar, weshalb vorliegend nicht von einer solchen psychischen Erkrankung auszugehen ist. Er verwies in diesem Kontext zutreffend auf die diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, 2015, S. 276 f.). So finden sich zwar einige Hinweise für eine belastete Kindheit und Jugend des Versicherten (vgl. Urk. 8/60/1 f., 8/92/10, 8/92/17 f. und 8/99/13 ff.). Dr. Y.____ weist jedoch berechtigterweise darauf hin, dass vor allem mit Blick auf die jahrelange berufliche Leistungsfähigkeit nicht auf ein starres, unflexibles Verharren von inadäquaten Verhaltensweisen in verschiedensten Funktionsbereichen gesprochen werden kann (Urk. 8/92/21). Namentlich war der Versicherte nach Abschluss seiner Lehre zum Schreibmaschinenmechaniker und mehreren Weiterbildungen bei verschiedenen Arbeitgebern erwerbstätig. Dabei leitete er unter anderem auch Kurse für neue Programmiersprachen. Ab 1992 nahm er zudem eine selbständige Erwerbstätigkeit als Softwareentwickler auf (zum Ganzen Urk. 8/10/2 f., 8/60/1 und 8/92/10 f.).

Zu beachten ist sodann auch, dass der Versicherte den Einbruch seiner Leistungsfähigkeit in direkten Zusammenhang zu der im Jahr 2006 erhaltenen HIV-Diagnose stellt (Urk. 8/54/6, 8/60/2, 8/92/11 und 8/92/13), was ebenfalls gegen eine andauernde und gleichförmige psychische Krankheit, sondern vielmehr für eine befristete Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis spricht. Darauf deutet auch der Umstand hin, dass es dem Versicherten im Jahr 2010 (Urk. 8/3) möglich war, eine von der Invalidenversicherung unterstützte Weiterbildung erfolgreich zu absolvieren (Urk. 8/39). Ein psychisches Leiden wurde damals seinerseits nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 8/3/6, 8/44/2), und konkrete Anhaltspunkte für ein auffälliges Verhaltensmuster lassen sich auch insbesondere den eingeholten Arztberichten nicht entnehmen (vgl. Urk. 8/4, 8/9, 8/11/4 und 8/49/2 ff.). Die von Dr. Y.____ diagnostizierte und in Übereinstimmung mit den Leitlinien des ICD-10 in Z-Diagnosen überführte Anpassungsstörung (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, a.a.O., S. 209 f.) überzeugt allerdings nicht nur vor diesem Hintergrund ohne weiteres. Entgegen der Argumentation des Versicherten (Urk. 1 S. 10 ff.) deutet auch der Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. September 1990 (Urk. 8/99/4 ff.), nicht auf eine seit Jahrzehnten vorhandene schwere psychische Störung hin. Dr. G.____ attestierte zwar aufgrund eines ängstlich-depressiven Versagenszustandes bei Überforderung einer leicht schizoid gefärbten, asthenischen Persönlichkeit (ICD-9 F301.6) eine dauerhafte Militärdienstuntauglichkeit. Er bezeichnete die Erkrankung allerdings als eine weitgehend reaktive, depressiv-phobische Symptomatik in Zusammenhang mit dem Militärdienst (Urk. 8/99/7). Die Umschreibung der Persönlichkeit des Versicherten legt ebenfalls keine tiefgreifende Störung, sondern vielmehr akzentuierte Persönlichkeitszüge nahe. Im Übrigen war der Beschwerdeführer - wie bereits dargelegt - auch nach 1990 in der Lage, trotz seines psychischen Leidens während vieler Jahre einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Ausserdem begab er sich erst ab 2013 - im Alter von rund 49 Jahren - in ambulante psychologische Behandlung (Urk. 8/99/13).

Nach dem Gesagten erweist sich die von Dr. D.____ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung somit als nicht nachvollziehbar. Das Vorliegen einer derartigen psychischen Erkrankung

kann in Nachachtung der diagnostischen Leitlinien gemäss ICD-10 in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. Y.____ (Urk. 8/92/20 f., 8/110/2 f.) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. 4.3.4

Angesichts der objektiven Befunde wie namentlich der uneingeschränkten Schwingungsfähigkeit (Urk. 8/92/14) überzeugt auch die Feststellung des Gutachters, wonach keine eigentliche depressive Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (Urk. 8/92/20). Die von Dr. D.____ gestellte Verdachtsdiagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (vgl. Urk. 6/60/2) vermag ebenfalls keine Invalidität zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_793/2016 vom 15. September 2017 E. 8.2).

In Anbetracht der konkreten Umstände erscheint es damit prinzipiell gerechtfertigt, auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens zu verzichten (vgl. E. 1.3). Der Vollständigkeit halber ist in diesem Zusammenhang zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz festzuhalten, dass nur schon mit Blick auf den gewöhnlichen Tagesablauf des Versicherten nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gesprochen werden kann. Nebst seiner derzeitigen beruflichen Tätigkeit an zwei Vormittagen verfügt der Beschwerdeführer über eine geregelte und - soweit ersichtlich - nicht krankheitsbedingt eingeschränkte Tagesstruktur, wobei er pro Tag insbesondere circa drei bis vier Stunden mit Programmieren zu Hause verbringt (Urk. 8/92/12 f.). Es erschliesst sich daher zum einen nicht, weshalb er diese Leistungsfähigkeit nicht im Rahmen einer (selbständigen) Erwerbstätigkeit verwerten könnte. Zum anderen steht das Aktivitätsniveau in einem erheblichen Missverhältnis zu der vom Versicherten geltend gemachten 80%igen Arbeitsunfähigkeit. 4.4

Zusammenfassend kann auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Y.____ abgestellt werden. Dessen Feststellungen sind aufgrund der Berichte der behandelnden Fachpersonen nicht in Zweifel zu ziehen. Die Beschwerdegegnerin ging daher berechtigterweise von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als (selbständiger) Softwareentwickler aus, weshalb ein Invaliditätsgrad von 0 % und kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung resultiert. Folglich erübrigt es sich, auf die Vorbringen des Beschwerdeführers betreffend die Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens (Urk. 1 S. 17 f.) näher einzugehen. Angesichts der beweiskräftigen medizinischen Beurteilungsgrundlagen besteht im Übrigen - entgegen dem Eventualantrag des Versicherten (Urk. 1 S. 2 und 18) - auch kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3).

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung vom 27. April 2017 (Urk. 2) somit als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Prozessaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Würsch

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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