

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00636 vom 29. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00636

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00636 du 29 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00636 del 29 maggio 2018

Erwägungen

E. 1.1

Das hiesige Gericht hat mit Urteil vom 31. August 2015 (Proz. Nr. IV.2014.00290; Urk. 7/71) die Bestimmungen und Grundlagen zu den Begriffen der Invalidität (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]) und Art.

E. 1.2

Mit BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) wurde die Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert. Weiterhin kann eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (BGE 130 V 396). Auch künftig wird der Rentenanspruch - in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art.

E. 1.3

Mit BGE 143 V 418 (vom 30. November 2017) änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis insofern ab, als es erkannte, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141

V 281 zu unterziehen sind (E. 6 f.). Weiter stellte es klar, dass sich ein Leiden nicht einfach deshalb als leicht und invalidenversicherungsrechtlich bedeutungslos einstufen lässt, weil diagnostisch kein Bezug zu dessen Schweregrad gefordert ist (E. 5.2). Sodann soll E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 fortan so verstanden werden, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcen hemmende Wirkung zukommt (E. 8.1). Folgerichtig entschied das Bundesgericht gleichentags mit BGE 143 V 409

- ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung -, dass die depressiven Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur grundsätzlich ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 4.5).

E. 1.4

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Viel mehr gilt es im Einzelfall mit seinen je eigenen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen gesamthaft zu prüfen, ob in bundesrechtskonformer Weise abschliessend auf die vorhandenen

Beweisgrundlagen abgestellt werden kann (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen liess X.____ am 2. Juni 2017 Beschwerde erheben mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprechung einer halben Invalidenrente; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2017 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 6. September 2017 nahm der Beschwerdeführer dazu Stellung, worüber die Beschwerdegegnerin am 12. September 2017 orientiert wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1.1

In ihrer leistungsabweisenden Verfügung vom 3. Mai 2017 (Urk. 2)

hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass der Beschwerdeführer, wie sich dem Gutachten des Prof. Dr. A.____ vom 26. August 2016 (Urk. 7/97) entnehmen lasse, über einen normalen Tagesablauf und ein Aktivitätsniveau verfüge. Es seien genügend Ressourcen vorhanden, um die depressive Störung zu « überwinden ». Auch deute die nur einmal im Monat stattfindende ambulante psychiatrische Therapie nicht auf einen hohen Leidensdruck hin.

Die Schmerzproblematik werde

durch belastende Umstände und Erinnerungen in erheblicher Weise verstärkt; es bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, die invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigen seien. Die Lebensgeschichte des Beschwerdeführers zeige auf, dass die in früheren Jahren erlebten traumatischen Ereignisse keine negativen Folgen gezeitigt und seinen beruflichen und privaten Werdegang nicht beeinträchtigt hätten. Die psychischen Beschwerden seien höchstens leicht ausgeprägt und damit nicht relevant. Aus rechtlicher Sicht könne damit von der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Prof. Dr. A.____ abgewichen werden, ohne dass dessen Gutachten dadurch an Beweiskraft verlöre.

E. 2.1.2

Im Rahmen der Vernehmlassung vom 14. August 2017 (Urk. 6) wies die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass mehrere der für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-10, F43.1 erforderlichen Kriterien nicht gegeben seien, weshalb eine solche von Prof. Dr. A.____ richtigerweise auch nicht gestellt worden sei. Bei der stattdessen diagnostizierten DESNOS nach DSM-5 seien die Kriterien für eine PTBS nicht vollständig erfüllt, weshalb DESNOS nicht mit einer PTBS gleichgesetzt werden könne.

Bezüglich der rezidivierenden depressiven Störung sei festzuhalten, dass leichte bis mittelgradige depressive Störungen im Allgemeinen therapeutisch gut anhebbar seien und praxismässig einzig dann als invalidisierend in Betracht fielen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien, was vorliegend nicht der Fall sei. Die « Unüberwindbarkeit » könne nicht bejaht werden.

Auch hinsichtlich der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10, F45.4) sei die Therapieresistenz nicht ausgewiesen und der Leidensdruck nicht als hoch einzustufen.

E. 2.2.1

Der Beschwerdeführer liess dagegen im Wesentlichen vorbringen (Urk. 1) , es sei auf das mustergültige Gutachten des Prof. Dr. A.____ vom 26. August 2016 abzustellen, der - wie zuvor die behandelnden Ärzte sowie RAD-Arzt Dr. med. B.____ - zum Schluss gekommen sei, dass eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Auch RAD-Ärztin Dr. med. C.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, habe am 8. September 2016 empfohlen, auf die nachvollziehbar hergeleiteten Schlussfolgerungen des Prof. Dr. A.____ abzustellen. Damit hätte eigentlich alles klar sein müssen. Stattdessen habe die Verwaltung eine eigene Konsistenzprüfung durch eine unbekannte Person, beziehungsweise mutmasslich durch Dr. med. D.____ , Fachärztin für Innere Medizin , vorgenommen , welche fachlich nicht qualifiziert sei, um ein psychiatrisches Gutachten in Frage zu stellen.

E. 2.2.2

Davon abgesehen habe die eigentliche Indikatorenprüfung

rechtsprechungsge mäss durch den medizinischen Sachverständigen zu erfolgen; erst danach sei sie vom Rechtsanwender rechtlich zu würdigen. Es gehe nicht an, dass die Verwaltung sämtliche Arztberichte – respektive das Gutachten von Prof. Dr. A.____ sowie die medizinischen Berichte von zwei RAD-Psychiatern – ignoriere und dann aufgrund einer eigenen , zudem inhaltlich mangelhaften Konsistenzprüfung abweichend entscheide. Die Beschwerdegegnerin habe das psychiatrische Gutachten des Prof. Dr. A.____ nicht umfassend gewürdigt, sondern einseitig jene Aspekte hervorgehoben, die gegen den Beschwerdeführer sprechen könnten. Eine seriöse Ressourcenprüfung habe nicht stattgefunden.

Dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers alles andere als gut sei, zeige sich im Übrigen auch darin, dass ein am 1. März 2017 angetretener Arbeitsversuch (50%-Stelle in einem Restaurant) habe abgebrochen werden müssen. Sollte das Gericht der Auffassung sein, dass Prof. Dr. A.____ nicht sämtliche Fragen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit beantwortet habe, wären ihm entsprechende Ergänzungsfragen zu stellen.
3 .

Mit vorerwähntem Urteil vom 31. August 2015 (Urk. 7/71) befand das hiesige Gericht, dass zwar verschiedene Hinweise auf negative, teilweise traumatische Erlebnisse in Kindheit, Jugend und im jungen Erwachsenenalter bestünden . In der Schweiz angekommen habe der Beschwerdeführer jedoch einen auf Reinigung und Hauswartung spezialisierten Betrieb aufbauen und sich beruflich etablieren können (E. 6.2.1) . Vor diesem Hintergrund fehle es an einer Auseinandersetzung der involvierten Psychiater (Dr. E.____ sowie Dr. F.____ von der Y.____) mit der Frage, weshalb trotz langer zeitlicher Latenz und hohem Funktionsniveau die Diagnose einer PTBS zu stellen sei (E. 6.2.2) . Abgesehen vom Fehlen einer hinreichend transparent dargelegten Diagnose einer PTBS liessen sich den Akten zwar gewisse Hinweise, aber nicht genügend Angaben entnehmen, um die Zuverlässigkeit der von der behandelnden Dr. med. E.____

attestierten und vom RAD-Arzt

Dr. med. B.____

bestätigten 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus rechtlicher Sicht beurteilen zu können (E. 6.3). Entsprechend wurde die Sache zur umfassenden (externen) psychiatrischen Begutachtung und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin

zurückgewiesen. 4.

E. 4

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] und der Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 4.1.1

Im von der Verwaltung daraufhin eingeholten psychiatrischen Gutachten vom 26. August 2016 (Urk. 7/97) stellte Prof. Dr. A.____ folgende Diagnosen (S. 88): - Rezidivierende depressive Störung (chronifiziert); ggw . mittelgradig, ICD-10 F33.8 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung; ICD-10 F45.4 - DESNOS (komplexe posttraumatische Belastungsstörung - disorders

of extreme stress not otherwise specified)

Das psychiatrische Störungsbild sei sehr komplex (S. 80). Aus klinisch psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass das Auftreten der Symptomatik einer PTBS erst nach jahrelanger Latenz - abweichend von den diagnostischen Kriterien der ICD-10 - dennoch bestanden haben könne (S. 83). Der Versicherte habe es durch intensive Arbeit und kämpferische Einstellung geschafft, die Symptome einer PTBS erfolgreich zu verdrängen. Sein berufliches Erfolgsstreben, seine Korrektheit und seine Leistungsorientierung hätten unbewusst der Aufrechterhaltung einer psychischen Resilienz gedient, die den Ausbruch der PTBS verhindert habe . Damit sei er in der Lage gewesen, sich von den im Gehirn verankerten traumatisierenden Erlebnissen abzulenken, die im Unterbewusstsein dennoch weiter gewirkt hätten (vgl. Berichte der Ehefrau über um sich schlagen im Schlaf und gestörte Nachtruhe). Diese bisher ausreichende Resilienz sei durch die jahrelang anhaltenden psychosozialen Belastungen (insbesondere Kampfscheidung von seiner ersten Ehefrau) gebrochen worden. Nach jahrzehntelanger Verdämmung der traumatisierenden Ereignisse sei es schliesslich durch das Erleben chronischer Schmerzen zu einer Aktivierung der traumatisierenden Ereignisse und zum Zusammenbruch der psychischen Widerstandsfähigkeit mit Auftreten der Symptome einer PTBS sowie von depressiven Symptomen gekommen. Psychodynamisch und psychopathologisch sei damit die Diagnose einer PTBS aus gutachterlicher Sicht medizinisch-theoretisch erklärbar. Sie beruhe zwar ausschliesslich auf den subjektiven Angaben des Versicherten, während objektivierende Berichte fehlten; dies sei bei den genannten Diagnosen jedoch häufig der Fall. Der Blick auf die Erkrankung sei im wissenschaftlichen Wandel , und insbesondere das zeitliche Kriterium , die Latenz zwischen Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung und dem traumatisierenden Ereignis , werde in neueren Klassifikationen (DSM-5) zu den Traumafolgestörungen aufgeweicht (S. 84).

E. 4.1.2

Mit Bezug auf die aktuelle

psychopathologische Symptomatik befand Prof. Dr. A.____ , dass sich keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation ergeben hätten . Das im Rahmen der Untersuchung beobachtete Verhalten sei konsistent zu den Beschwerden gewesen. Nach zweimaliger störungsspezifischer stationärer Behandlung hätten nur noch leicht- bis mässiggradige

Symptome einer «PTBS / DESNOS / Traumafolgestörung» festgestellt werden können, die sich insbesondere in der Konfrontation mit dem Thema gestellt hätten. Bei Ablenkung und ausserhalb dieses Themas sei es zu einer Reduktion des Hyperarousals gekommen. Sich aufdrängende Intrusionen und Flashbacks seien offensichtlich nicht mehr vorhanden. Der Explorand habe angegeben, dass er keine Alpträume mehr habe, während fremdanamnestic von der Ehefrau zu erfahren gewesen sei, dass er weiterhin sehr unruhig schlafe. Gemäss DSM-5 seien die Kriterien für eine DESNOS erfüllt (S. 85).

Im Vordergrund des klinischen Bildes stünden chronische Schmerzen, die diagnostisch die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 erfüllten. Das gemeinsame Auftreten einer Traumafolgestörung und einer somatoformen Schmerzstörung sei klinisch häufig. Es liege ein hoher Schmerzlevel vor, mit nur unzureichender Wirksamkeit therapeutischer Massnahmen (S. 86).

Zudem bestehe eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode mit den Symptomen einer gedrückten

Stimmung, einer Störung der Freudefähigkeit und mit Einschränkung der Interessen und des Antriebes (S. 86).

E. 4.1.3

Der Versicherte habe durchaus persönliche Ressourcen, die er jedoch aktuell krankheitsbedingt nicht einsetzen könne. Die zuvor beschriebenen Persönlichkeitseigenschaften, die gute Vorbildung und die Berufsabschlüsse (Ausbildung in Technik und Feinmechanik in der Türkei, türkisches Kapitänspatent und englisches Hochseepatent, Hauswartkurs in der Schweiz) die Berufserfahrungen, die unterstützenden Aktivitäten seiner Ehefrau sowie die Motivation zur beruflichen Wiedereingliederung stellten gute Ressourcen dar, welche prognostisch eine Wiedereingliederung nach fortschreitender Genesung in zwei bis drei Jahren ermöglichen könnten. Die zu den Foltererfahrungen zählenden Schmerzen könnten als Körperintrusionen gesehen werden, die von einer weiteren traumaspezifischen

Behandlung nicht profitierten. Jedoch könnte eine multimodale Schmerztherapie dazu beitragen, die Schmerzen innerpsychisch besser zu überwinden, so dass die vorhandenen Ressourcen wieder Oberhand gewinnen könnten, wie vor Ausbruch der Traumafolgestörung (S. 87).

Aus gutachterlicher Sicht liege ein deutlicher Gesundheitsschaden vor. Die Arbeitsfähigkeit werde durch Störungen des Selbstwertempfindens, der Selbstwirksamkeitserwartung, des Durchhaltevermögens, der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, ferner durch Störungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie in der Selbstbehauptungsfähigkeit beeinträchtigt. Bei der Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, welche auf Gesundheitsstörungen beruhten, von solchen, die nicht versicherte Faktoren betreffen, seien krankheitsimmanente Faktoren dominierend (S. 87 f.).

Zusammenfassend kam der Gutachter zum Schluss, dass beim Exploranden

ein komplexes psychiatrisches Störungsbild mit handicapierenden Störungen hinsichtlich der kurz- und mittelfristigen Arbeitsfähigkeit bestehe. Aufgrund der geschilderten Fähigkeitsstörungen infolge der psychischen Problematik hielt er die vom RAD-Arzt Dr. B. ___ am 18. Juli 2013 festgehaltene 50%ige Arbeitsunfähigkeit, welche seither anhält

bestehe, für nachvollziehbar. Diese beziehe sich auf die zuletzt ausgeübte wie auch auf eine adaptierte Tätigkeit (S. 89).

E. 4.2

RAD-Ärztin Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erachtete das Gutachten des Prof. Dr. A.____ in ihrer Stellungnahme vom 8. September 2016 (Urk. 7/103 S. 3-7) als beweiskräftig und empfahl, auf dessen Beurteilungen vollumfänglich abzustellen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit sei seit dem 15. April 2013 um 50 % reduziert. Die behandelnde Psychiaterin Dr. E.____ ging im Schreiben vom 19. Januar 2017 (Urk. 7/108) grundsätzlich mit den gestellten Diagnosen und der Festsetzung der Arbeitsunfähigkeit durch Gutachter Prof. Dr. A.____ einig. Am 29. Mai 2017 (Urk. 3/6) berichtete Dr. E.____, dass der Beschwerdeführer am 1. März 2017 eine Arbeitsstelle in einem Café mit einem Pensum von 50 % angetreten habe. Bereits nach einigen Tagen hätten die Schmerzen, die schweren Schlafstörungen und die grosse Ermüdbarkeit erneut ein Ausmass erreicht, das ihm lediglich ein Pensum von zirka einer Stunde pro Tag, und das auch nur sehr unregelmässig, erlaube. Die Schlafstörungen zeichneten sich durch Albträume mit Todesängsten aus. Vermehrt erfahre der Beschwerdeführer leider auch wieder Flashbacks mit der entsprechenden vegetativen Begleitsymptomatik. Seit 8. März 2017 sei er erneut zu 100 % arbeitsunfähig. 5. 5.1 5.1.1

Laut Gutachten des Prof. Dr. A.____ vom 26. August 2016 liegen beim Beschwerdeführer eine rezidivierende « chronifizierte », gegenwärtig mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.8), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) sowie eine DESNOS (komplexe posttraumatische Belastungsstörung – disorders of extreme stress not otherwise

specified) – mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - vor (Urk. 7/97 S. 88). Die Beschwerdeführerin unterzog die genannte mittelgradige depressive Störung

einer separaten Prüfung und verneinte deren versicherungsrechtliche Relevanz mit dem Hinweis auf die « Überwindbarkeit » respektive auf die allgemein gute Therapierbarkeit solcher Störungen und die Therapieresistenz. Der Rechtsanwender hat die funktionellen Folgen mehrerer psychischer Leiden – wie sie hier vorliegen –

jedoch rechtsprechungsgemäss gesamthaft zu würdigen; das Vorgehen, eine einzelne Störung der Indikatorenprüfung

vorgelagert zu beurteilen und sie gleichsam vom übrigen Krankheitsbild abzuspalten, läuft dem Ziel von BGE 141 V 281 entgegen, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits zu beurteilen (vgl. etwa Bundesgerichtsurteile 9C_596/2016 vom 26. September 2017 E. 5.1 und 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.3 mit Hinweisen). 5.1.2

Nach Aufgabe der « Überwindbarkeitsvermutung » (vgl. E. 1.2 hievore) hat das Bundesgericht

inzwischen auch die von der Beschwerdeführerin herangezogene bis herige

Rechtsprechung betreffend Voraussetzungen, unter denen leichten bis mittelschweren Depressionen invalidisierende Wirkung zukommen kann (BGE 140

V 193 E. 3.3) geändert. Neu sind gemäss BGE 143 V 41 (E. 7) sämtliche psychischen Leiden - laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen - einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. E. 1.3 hievore). Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass bezüglich der mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung nicht bereits mit dem Argument der «Überwindbarkeit»

respektive der fehlenden Therapiersistenz eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitschädigung ausgeschlossen werden kann. Vielmehr sind systematisierte Indikatoren (vgl. E. 1.2 hievore) beachtlich, die es erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen.

5.2.5.2.1

Gemäss ICD-10 F.43.1 entsteht eine PTBS, wie sie von der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ sowie von Dr. F.____ von der

Y.____ diagnostiziert worden war, als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischer Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Eine solche Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Vor diesem Hintergrund sah

Gutachter Prof. Dr. A.____ unter dem Titel «Psychiatrische Diagnosen» (Urk. 7/97 S. 88) von der Nennung einer

PTBS ab

und diagnostizierte stattdessen eine DESNOS gemäss DSM-5, wobei er bemerkte, dass dieses Klassifikationssystem, welches das geforderte klinische Bild weiter fasst und namentlich auch einen verzögerten Beginn in Betracht zieht, dem Störungsbild Betroffener im Unterschied zur klinisch und wissenschaftlich nicht mehr korrekten ICD-10 (F43.1)

gerechter werde. 5.2.2

Damit ist die im Rückweisungsentscheid des hiesigen Gerichts vom 31. August 2015 aufgeworfene Frage, weshalb trotz langer zeitlicher Latenz und hohem Funktionsniveau die Diagnose einer PTBS gemäss ICD-10 zu stellen sei, nachvollziehbar beantwortet. Die vom Gutachter angesprochenen konzeptionellen Unterschiede zwischen DSM-5 und ICD-10 sind vorliegend insofern von untergeordneter Bedeutung, als das Bundesgericht in E. 8.1 von BGE 143 V 418 seine bisherige Rechtsprechung (E.

4.3.1.3 von BGE 141 V 281) wie erwähnt dahingehend präzisiert hat, dass eine Störung unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fällt, wenn ihr im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt. Auch dieser neuen Praxis wird die Beschwerdeführerin – unter gesamthafter Würdigung sämtlicher Leiden (vgl. E. 8.1 von BGE 143 V 418; E. 1.2 und 1.3 hievore) – Rechnung getragen.

6. 6.1

Hinsichtlich der einzelnen Indikatoren ergibt sich beim derzeitigen (unvollständigen) Aktenstand Folgendes: Was die Kategorie «funktioneller Schweregrad», Komplex «Gesundheitsschädigung» betrifft, sprach der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. A.____ angesichts der noch leicht bis mittelgradig ausgeprägten

DESNOS, der damit vergesellschafteten somatoformen Schmerzstörung mit hohem Schmerzlevel und der mittelgradigen Depression (Urk. 7/97 S. 86; Bestätigung der Vordiagnosen des Dr. F.____ vom Y.____) von einer insgesamt deutlichen Gesundheitsschädigung (Urk. 7/97 S. 87). Dabei verneinte er Hinweise auf Aggravation oder Simulation, erachtete das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung als konsistent zu den Beschwerden

(Urk. 7/97 S. 85) und erklärte, dass

soziokulturelle respektive psychosoziale Faktoren bei seiner Beurteilung ausgeschlossen worden seien (Urk. 7/97 S. 88). Demgegenüber ging die Beschwerdegegnerin von höchstens leicht ausgeprägten, invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten psychischen Beschwerden aus. Damit wich sie hinsichtlich Ausmass und Schwere von den gutachterlich festgestellten

Symptomen und Befunden ab, was - zumindest ohne vorgängige, nun nachzuholende Rückfragen bei Prof. Dr. A.____

- nicht angezeigt war. 6.2

Unter dem Indikator «Komorbidität» wird

unter Einbezug der ausgewiesenen begleitenden Oberschenkelerschmerzen (vgl. Urk. 7/71/7) eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der

diagnostizierten mittelgradigen Depression, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie der DESNOS vorzunehmen sein, soweit den Störungen

ressourcenhemmende Wirkung zukommt (vgl. E. 5.2 i.F. hier vor).

6.3

Bezogen auf den Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) fiel aus Sicht der Beschwerdegegnerin ressourcenmässig positiv ins Gewicht, dass der aus der Türkei stammende Beschwerdeführer zusammen mit seiner Frau in der Schweiz ein Geschäft im Bereich Hausverwaltung und Reinigung mit bis zu sechs Angestellten aufbauen konnte. Laut Beurteilung des Prof. Dr. A.____ kam es jedoch - nach jahrzehntelanger Verdrängung - mit dem Auftreten von chronischen Schmerzen zu einer Aktivierung der traumatisierenden Ereignisse und zur Aufweichung der bisher ausreichenden Resilienz,

mit Störungen in der Selbst- und Fremdwahrnehmung, in der Affektsteuerung und im Antrieb (vgl. Urk. 7/97 S. 87. Zu Konzept und Bedeutung der sogenannten «komplexen Ich-Funktionen» vgl. Thomas Gächter /Michael E. Meier, Schmerzrecht sprechung 2.0, in:

Jusletter 29. Juni 2015 S. 14 f.). Anlässlich der Begutachtung wurde der Beschwerdeführer als leistungsorientiert, korrekt sowie im Umgang freundlich und zur beruflichen Wiedereingliederung motiviert wahrgenommen, während jegliche Hinweise auf Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation fehlten (Urk. 7/97 S. 87). Diese - bereits

von den Fachpersonen der Y.____ festgestellten (vgl. Urk. 7/97 S. 35) -

Zü ge deuten auf eine grundsätzlich (ressourcen)starke Persönlichkeit hin, können allerdings ein Stück weit auch von der Validität der gutachterlichen Einschätzung zeugen (vgl. dazu

Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter

1 1. Juli 2016, S. 31 Rz 77) , wonach der Beschwerdeführer die an sich guten Ressourcen (beschriebene Persönlichkeitseigenschaften; ferner gute Vorbildung, Berufserfahrung sowie unterstützende Aktivitäten der Ehefrau) krankheitsbedingt nicht einsetzen vermag (Urk. 7/97 S. 87).

6.4

Was den Komplex «Sozialer Kontext» angeht, ist ein merklicher Rückzug aus sozialen Aktivitäten auszumachen. Eigenen Angaben zufolge gab der Beschwerdeführer sein Hobby (Segeln auf dem Greifensee) aus gesundheitlichen Gründen auf und zog sich in den vergangenen zwei bis drei Jahren zurück ; früher hatte er viele Seglerkollegen, heute nur noch wenige Freunde und Kollegen (Urk. 7/97

S. 60 f.). Er pflegt aber guten Kontakt zu allen fünf Geschwistern (Urk. 7/97

S. 59) und zu seiner Tochter aus erster Ehe (Urk. 7/97 S. 60). 6.5 6.5.1

Zum beweisrechtlich entscheidenden ,

verhaltensbezogenen Gesichtspunkt der «Konsistenz » ist dem Gutachten des Prof. Dr. A.____

hinsichtlich des Indikators «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine erwerbstätige Ehefrau am Morgen mit dem Auto zum Bahnhof fährt, den Haushalt besorgt und sich an der gemeinsamen Zubereitung des Nachtessens beteiligt. Er hört Nachrichten, liest Bücher in seiner Muttersprache und schaut am Computer Spielfilme (Urk. 7/97 S. 71). Kurz vor der Begutachtung weilte er für sechs Wochen in seiner Heimat und besuchte Thermalbäder (Urk. 7/97 S. 70). Ob diese Aktivitäten mit den geltend gemachten beruflichen Einschränkungen und der schliesslich attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit - auch in angepassten Tätigkeiten - in Einklang stehen oder nicht , ist interpretationsbedürftig und erfordert angesichts des komplexen Beschwerdebildes eine ergänzende Einordnung durch den Gutachter

(vgl. zum Ganzen Andreas Traub, BGE 141 V 281 – Auswirkungen des Urteils auf weitere Fragestellungen, Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 129). 6.5.2

Wie sich aus dem Zeugnis der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ vom 18. Dezember 2015 ergibt, fanden seit 2013 regelmässig Therapiesitzungen mit variierend vierzehntäglichen, auch mal wöchentlichen und seit 2015 im Durchschnitt monatlichen Abständen statt (Urk. 7/81/2-4). Der Beschwerdeführer selber berichtete anlässlich der Begutachtung von einer monatlichen Behandlungsfrequenz; zweimal im Monat besuchte er zudem eine Bewegungstherapie (Urk. 7/97 S. 72). Einerseits ist mit Blick auf den Indikator «behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» fraglich, ob eine solche Frequenz ambulanter psychiatrischer Behandlungen

den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine konsequente Therapie genügt (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 8C_793/2016 vom 15. September 2017 E. 8.2 [betreffend Depression]). Andererseits fehlen

Anhaltspunkte für mangelnde Compliance; namentlich zeigten die von Prof. Dr. A.____ veranlassten Laboruntersuchungen Medikamentenspiegel oberhalb des therapeutischen (Antidepressivum) oder im therapeutischen (Mood

stabilizer) Bereich (Urk. 7/97 S. 72 und S. 86). Auch stand der Beschwerdeführer vom 15. Mai bis 12. August und vom 11. Januar bis 31. März 2016 in der Spezialstation für Traumafolgestörungen der Y.____ in stationärer Behandlung (Berichte vom 25. September 2014 [Urk. 7/69/5-12] und 12. April 2016 [Urk. 7/89/1-6]), wo zuletzt

eine leichte Verminderung des Hyperarousals

(vgl. Urk. 7/97 S. 49 und S. 53), nicht aber die vom Beschwerdeführer erhoffte

Besserung hinsichtlich des Schmerzerlebens erreicht werden konnte. Bei chronifiziertem Zustandsbild persistierten

nach wie vor erhebliche Einschränkungen auf Funktionsebene (Mini-ICF Rating; Urk. 7/97 S. 49 f.). Vor diesem Hintergrund wird gutachterlich zu klären sein, ob der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer nicht häufiger oder mit anderem therapeutischem Ansatz behandeln liess, auf - von ihm nicht zu verantwortende - mangelnde Aufklärung über angezeigte adäquate

Therapien zurückzuführen ist,

oder als Ausdruck eines nur geringen Leidensdrucks respektive einer unzureichenden Konsistenz zu gelten hat. 7.

Unter Rückgriff auf Elemente der ICF (vgl. dazu etwa Andreas Traub, a.a.O.,

S. 143 ff.; zur rechtlichen Akzeptanz der ICF vgl. Kaspar Gerber, Testgütekriterien im Rahmen der medizinischen Begutachtung am Beispiel der ICF, in: SZS 2018 S. 134 f.) erhob Gutachter Prof. Dr. A.____ auf Funktionsebene deutlich einschränkende Störungen, insbesondere der Durchhaltefähigkeit, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Selbstbehauptungsfähigkeit. Dass er daraus auf erhebliche Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung von Führungsaufgaben respektive auf einen

deutlich erschwerten Umgang mit Mitarbeitenden und Kunden und damit auf volle Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit schloss, erscheint durchaus plausibel. Hingegen bleibt offen, weshalb dem Beschwerdeführer eine seinem Leiden angepasste Tätigkeit - mit entsprechen dem geringeren Anforderungsprofil - objektiv nur zu 50% zumutbar sein soll.

E. 7

ATSG) sowie zum Umfang des Rentenanspruchs (Art. 28 Abs. 1 IVG) wiedergegeben (E. 1.1 und 1.3). Darauf wird verwiesen.

E. 8

Nach dem Gesagten ist die Sache zum weiteren Vorgehen

im Sinne der Erwägungen

und zu neuem Entscheid über den Leistungsanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Rahmen seiner ergänzenden Ausführungen (vgl. E. 6 und 7 hier vor) wird Prof. Dr. A. ___ auch zur Bedeutung des vom Beschwerdeführer am 1. März 2017 angetretenen, offenbar aber gescheiterten Arbeitsversuchs (E. 2.2 i.F. hier vor) Stellung nehmen, soweit dies Rückschlüsse auf die hier massgebende Situation erlaubt.

E. 9

Zur beschwerdeweise angesprochenen Aufgabenteilung zwischen medizinischen Sachverständigen und Organen der Rechtsanwendung bleibt Folgendes anzumerken: Rechtsprechungsgemäss obliegt es dem Rechtsanwender zu prüfen, ob ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektiven Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine (rentenbegründende) Invalidität ist nur dann ausgewiesen, wenn die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 6). Liegt eine vollständige, korrekte, den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung tragende gutachterliche Stellungnahme vor, so soll sie – ohne Vorname einer freien Parallelprüfung – vom Rechtsanwender respektiert werden (so etwa Andreas Traub, a. a. O., S. 151; vgl. allerdings das zur Publikation bestimmte Bundesgerichtsurteil 8C_409/2017 vom 21. März 2018).

E. 10

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 900.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist dem Beschwerdeführer eine Prozessschädigung von Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 3. Mai 2017 aufgehoben und die Sache zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen und anschliessendem Entscheid über den Rentenanspruch an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Gräub-Sonderegger

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