

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00732 vom 27. August 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00732](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00732)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00732 du 27 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00732 del 27 agosto 2018

## **Erwägungen**

### **E. 3.1**

Am 28. August 2006 erlitt der Beschwerdeführer im Rahmen eines gewalttätigen Angriffs auf einer Chilbi

ein Schädel-Hirn-Trauma, infolgedessen er bewusstlos wurde und eine retrograde Amnesie für das Ereignis entwickelte.

Gemäss Aus trittsbericht des Kreisspitals C.\_\_\_\_ vom 11. September 2006 habe initial eine Einblutung der Hornhaut des linken Auges sowie ein Verdacht auf eine Nasenbeinfraktur bei ausgeprägtem Hämatom vor gelegen. Radiologisch hätten keine frischen ossären Läsionen festgestellt werden können. Eine Computertomographie des Schädels habe ebenfalls einen unauffälligen Befund ergeben. Vor Ablauf der 24-stündigen Überwachung habe der Ver sicherte auf eigenen Wunsch soweit beschwerdefrei entlassen werden können (Urk. 15/72/2).

### **E. 3.2**

Vom 9. November 2006 bis 13. März 2007 befand sich der Versicherte im Psychiatriezentrum C.\_\_\_\_ in ambulanter Behandlung, wobei folgende Diagnosen gestellt wurden (Urk. 15/72/5): - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), - Schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), - Status nach tätlichem Angriff mit körperlicher Gewalt (ICD-10 Y04).

Der Beschwerdeführer habe angegeben, sich seit dem Überfall im August 2006 nicht mehr sicher zu fühlen. Sobald er laute Musik oder Lärm höre, bekomme er Schweissausbrüche und Angst. Seit Anfang September 2006 leide er ferner unter einer zunehmenden Antriebs- und Lustlosigkeit. Er könne kaum noch rausgehen, habe fast täglich Migräneanfälle und trinke seit dem Sommer wieder Alkohol nach jahrelanger Abstinenz.

Zu Beginn der Behandlung hätten sich Symptome einer mittelgradigen Depression auf dem Boden einer posttraumatischen Belastungsstörung gezeigt. Unter Medikation sei es zu einer geringen Stimmungsaufhellung und einer Abnahme der Schlafstörungen gekommen. Die Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung mit Alpträumen und Schweissausbrüchen habe persistiert (Urk. 15/72/3 f.).

### **E. 3.3**

Dem Bericht der A.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2015 sind folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 15/19/1): - Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) bei Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) als Primärerkrankung, - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1), -

Status nach tötlichem Angriff mit körperlicher Gewalt (ICD-10 Y04), - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1) sowie ein Nikotinabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.2).

Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 27. August 2014 in ambulanter psychiatrischer Therapie (Urk. 15/19/2). Teilweise liege eine Bewusstseinsstörung und -einengung vor. Der Versicherte sei zeitlich oft desorientiert sowie in seiner Auffassung und Konzentration eingeschränkt. Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen seien ebenfalls vorhanden. Das formale Denken sei umständlich, eingeengt und ideenflüchtig.

Befürchtungen seien vorhanden, nicht aber Zwänge oder Sinnestäuschungen. Ich-Störungen lägen vor allem in Form einer Depersonalisation vor. Ferner sei der Beschwerdeführer deprimiert, hoffnungslos, gereizt und innerlich unruhig. Angstbedingt komme es zu einer Abschottung zu Hause mit sozialem Rückzug. Die Antriebsarmut sowie die Ein- und Durchschlafstörung hätten sich leicht gebessert; Albträume würden wiederkehrend auftreten. Selbiges gelte für Suizidgedanken, wobei aktuell keine Suizidalität vorliege. Im Weiteren leide der Versicherte unter Appetitmangel mit Gewichtsabnahme, wiederkehrenden migräneartigen Kopfschmerzen und chronischen linkshemisphärischen Schmerzen (Urk. 15/19/3). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Musiklehrer bestehe seit August 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Bei positivem, anhaltend stabilem Behandlungsverlauf könne mit einer Wiederaufnahme dieser Tätigkeit in einem Pensum von voraussichtlich maximal 50 %

gerechnet werden (Urk. 15/19/4 f.).

### **E. 3.4**

Mit Bericht vom 15. Juni 2016 hielten die behandelnden Ärzte der A.\_\_\_\_ bei unveränderten Diagnosen fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Versicherten nicht nennenswert verändert habe. Für die Tätigkeit als Musiklehrer sei aktuell keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Die Prognose sei aufgrund der multiplen, chronischen und schweren psychischen Erkrankung mit inzwischen auch somatisch schwerem Beschwerdebild ungünstig (Urk. 15/61/1 f.).

In den Stellungnahmen vom 29. Juni und 20. Juli 2017 gingen die Ärzte der A.\_\_\_\_ unverändert von einer erheblichen erwerblichen Beeinträchtigung aus (Urk. 6/1 und Urk. 13/1).

### **E. 3.5**

Der Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, äusserte sich mit Bericht vom 2. Oktober 2016 dahingehend, dass aus rein somatischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht könne er nicht Stellung nehmen (Urk. 15/66/2).

### **E. 3.6.1**

Dem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten von Dr. Y.\_\_\_\_

vom 7. Januar 2017 sind im Wesentlichen die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 15/74/40): - Ausgedehnte linksbetonte chronische Schmerzen mit normaler Dolorimetrie, - Nikotin- und Cannabis-Abusus, - übermässiger Alkohol-Konsum, - partielle Medikamenten- Noncompliance, - Diabetes

mellitus mit oraler Therapie und ungenügender Blutzucker-Einstellung, - fortgeschrittene AC-Gelenks-Arthrose rechts.

Der Beschwerdeführer habe über Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in beide Arme geklagt. Wie meistens in letzter Zeit schmerze der ganze Körper vom Kopf bis zu den Füßen, mehr auf der linken als auf der rechten Seite. Am Oberkiefer würden immer wieder Infektionen auftreten. Seit mehr als einem Jahr habe er keinen Alkohol mehr getrunken. Zum Nikotin- und Drogenkonsum habe der Versicherte divergierende Aussagen gemacht (Urk. 15/74/29 f.). Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe sich ein unauffälliges Gangbild gezeigt. Sowohl die einzelnen Wirbelsäulenabschnitte als auch die grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich gewesen. Trotz der Angabe ausgedehnter Schmerzen sei die Dolorimetrie unauffällig verlaufen. Die Bioimpedanz-Analyse habe eine erfreulich grosse Muskelmasse von 52 % ergeben, welche den Normwert von 40 % weit übertreffe. Eine lang andauernde körperliche Schonung habe offensichtlich nicht stattgefunden. Die ausgedehnte Blutuntersuchung habe insbesondere eine leichte Anämie mit normalen Ferritin-Werten ergeben. Der Diabetes mellitus sei ungenügend eingestellt gewesen. Sowohl das Antihypertensivum

Bilol als auch das Diabetesmittel Metformin hätten nachgewiesen werden können. Vom Schmerzmittel Paracetamol, vom Antidepressivum Sertralin und vom Beruhigungsmittel Temesta

habe dagegen jede Spur gefehlt. Letzteres habe auch im Urin nicht nachgewiesen werden können, dafür jedoch Cannabis. Die Angaben des Versicherten zum Gebrauch von Temesta und Cannabis seien folglich falsch gewesen. Im Zeitraum von August bis November 2016 habe er zudem vermehrt Alkohol konsumiert, was die Haaranalyse ergeben habe. Die Angabe, dass er seit mindestens einem Jahr keinen Alkohol mehr getrunken habe, sei somit auch widerlegt. Zusammenfassend bestünden beim Versicherten keine strukturellen Befunde, die seine Leistungsfähigkeit einschränken würden. Die angestammten Tätigkeiten seien angepasst und es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/74/41 ff.).

### **E. 3.6.2**

Prof. Dr. Z. \_\_\_ stellte in seiner psychiatrischen Teilexpertise vom 13. Januar 2017 folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 15/78/45): - Verdacht auf Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1), - depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), - schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10 F10.1), - schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1), - Status nach tätlichem Angriff mit körperlicher Gewalt (ICD-10 Y04), - Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (Schulden; ICD-10 Z59), - sonstige näher bezeichnete negative Kindheitserlebnisse (prekäre Wohnverhältnisse, Gewalterfahrungen innerhalb der Familie, Zeuge von Morden; ICD-10 Z61.8).

Der Explorand habe berichtet, seit dem rassistischen Überfall ein anderer Mensch zu sein und Angst vor weiteren Angriffen zu haben. Er vertrage keinen Lärm mehr und sei daher selten ausserhalb der Wohnräumlichkeiten. Er vermeide es unter Menschen zu gehen, weshalb er nur Einkäufe erledige, wenn wenige Leute unterwegs seien. Nach Zürich traue er sich nicht zu fahren. Im Weiteren könne er sich nicht gut konzentrieren, vergesse viel und habe Probleme beim Schreiben. Auch das Musizieren würde im Schwierigkeiten bereiten. Er leide ferner unter Alpträumen, in denen er verfolgt werde, aber beim Versuch zu flüchten

am Boden klebe. Seit dem Überfall sei er innerlich leer, emotional kalt und traue niemandem mehr. Er könne keine Freude mehr empfinden und habe sich selbst nicht gern, wie er nun sei. Auf entsprechende Nachfrage habe der Versicherte das Auftreten von Flashbacks und Intrusionen verneint. An die Schmerzen habe er sich inzwischen gewöhnt; die dagegen eingenommenen Medikamente würden Wirkung zeigen (Urk. 15/78/28 f.).

Anlässlich der Exploration habe der Versicherte weder Misstrauen noch eine Gefühlsabstumpfung, eine Schreckhaftigkeit oder eine emotionale Gleichgültigkeit gezeigt. Den Blickkontakt habe er sofort aufnehmen und leicht halten können. Er habe von sich aus das Gespräch aufgenommen und ungefragt in wie einstudiert klingenden Sätzen vom Geschehenen berichtet. Auf ergänzende Fragen habe er mehrfach das bereits zuvor Gesagte wiederholt. Eine emotionale Beteiligung am Gesagten habe nicht nachvollzogen werden können. Quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörungen hätten nicht eruiert werden können. Der Versicherte sei zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert gewesen. Die von ihm geklagten Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen hätten sich im Laufe des etwa zweistündigen Gesprächs nicht bestätigen lassen. In Bezug auf das formale und inhaltliche Denken hätten sich ebenfalls keine Auffälligkeiten gezeigt. Affektiv sei der Beschwerdeführer bei nicht eingeschränkter Schwingungsfähigkeit gut spürbar gewesen. Die Vitalgefühle seien allfälligerweise leicht gemindert gewesen. Auffälligkeiten hinsichtlich des Selbstwertempfindens, des Antriebs oder der Psychomotorik hätten sich nicht ergeben. Es seien nebst einem sozialen Rückzug agoraphobische Ängste angegeben worden, nicht jedoch Panikattacken, passive Todeswünsche oder eine akute Suizidalität. Für eine Persönlichkeitsstörung oder -akzentuierung hätten keine Anhaltspunkte vorgelegen (Urk. 15/78/31 f.).

Vor diesem Hintergrund könne keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden, da der Versicherte aktuell weder Intrusionen, noch Flashbacks, ausgeprägtes Misstrauen oder ein Arousal aufweise. Er habe lediglich Alpträume mit traumabezogenen Inhalten und ein Vermeidungsverhalten angegeben. Auch das Verhalten anlässlich der Untersuchung sei sehr untypisch für einen Menschen gewesen, der an einer posttraumatischen Belastungsstörung leide. Dies gelte auch in Bezug auf die von den behandelnden Ärzten festgestellte Agoraphobie. So sei der Versicherte beim Gespräch sehr nahe an den Gutachter herangerückt und habe sich an dessen Schreibtisch angelehnt. Dabei habe er völlig entspannt gewirkt und im relativ kleinen Untersuchungsraum keine Ängste geäußert.

Merkwürdig sei zudem, dass er sein Mittagessen trotz einer Agoraphobie jeweils in einem gut besuchten

Restaurant einnehmen könne und es ihm problemlos möglich gewesen sei, per Interkontinentalflug nach Südafrika zu reisen. Zum sehr diskrepanten Bild des Leidens des Versicherten würden auch die Unstimmigkeiten zwischen dem angegebenen Medikamenten- und sonstigen Substanzgebrauch sowie den objektiven Befunden beitragen. Im Weiteren hielt Prof. Dr. Z. \_\_\_ fest, dass auch die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht bestätigt werden könne. So habe der behandelnde Psychiater ausgeführt, dass das psychische Leiden des Versicherten bereits seit frühester Kindheit bestehe und einen langjährigen, chronifizierten Verlauf genommen habe. Beim Vorliegen einer vorbestehenden Persönlichkeitsstörung könne jedoch keine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung diagnostiziert werden. Ausserdem habe der behandelnde Psychiater nicht erklärt, weshalb der Versicherte - trotz

eines seit der Kindheit bestehenden psychischen Störungsbildes - sein Leben bis vor wenigen Jahren „normal“ habe gestalten, mehrere Berufe habe erlernen und langjährig als Geschäftsführer habe arbeiten können. Im Übrigen könne gegenwärtig auch keine depressive Störung diagnostiziert werden. Der Beschwerdeführer sei gut spürbar gewesen. Eine gedrückte Stimmung oder eine Antriebsstörung hätten nicht vorgelegen. Eine Störung der Freudefähigkeit sei zwar geklagt worden, jedoch sei damit nur eines der zwei geforderten Hauptkriterien für eine Depression erfüllt. Gesamthaft sei aus psychiatrischer Sicht kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mit Einschränkungen der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter und adaptierter Tätigkeit ausgewiesen (Urk. 15/78/41 ff.).

### **E. 3.6.3**

In ihrer interdisziplinären Zusammenfassung hielten die Gutachter fest, dass der Versicherte sämtliche Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben könne, welche n Männer seines Alters üblicherweise nachgehen können. Es habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 15/78/48).

### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat (vgl. E. 2.1 ff.). Da das interdisziplinäre Gutachten von Dr. Y. \_\_\_ und Prof. Dr. Z. \_\_\_ vom 7. respektive 13. Januar 2017 als medizinische Grundlage für die angefochtene Verfügung diene, ist zunächst auf dessen Beweiswert einzugehen.

Die Expertise basiert auf umfassenden internistischen, rheumatologischen sowie psychiatrischen Untersuchungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 15/74/5 ff., 15/78/4 ff.). Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den Gutachtern seine gegenwärtigen Beschwerden schildern und wurde ausserdem eingehend zu diversen Themenbereichen wie namentlich dem gewöhnlichen Tagesablauf und dem beruflichen Werdegang befragt (Urk. 15/74/29 f., 15/78/22 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 dargelegt und erläutert wurden (Urk. 15/74/40 ff., 15/78/41 ff.). Soweit möglich erfolgte im Weiteren eine schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 15/74/45, 15/78/38 ff.). Insgesamt erfüllt das interdisziplinäre Gutachten somit die praxismässigen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.5).

### **E. 4.2.1**

Der Beschwerdeführer zweifelt die seitens der Gutachter attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit unter Verweis auf Berichte seiner behandelnden Ärzte an. Vielmehr sei er krankheitsbedingt nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. E. 2.2).

### **E. 4.2.2**

Soweit ersichtlich macht der Versicherte nicht geltend, aus somatischen Gründen in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt zu sein. Davon ist in Anbetracht der medizinischen Aktenlage denn auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auszugehen. Zum einen äusserte sich der behandelnde Hausarzt Dr. D. \_\_\_ nicht in diesem Sinne (vgl. E. 3.5), und zum anderen konnte

auch Dr. Y.\_\_\_\_ im Rahmen der internistisch-rheumatologischen Untersuchungen keine schwerwiegenden objektiven Befunde erheben, welche eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nahelegen würden (vgl. Urk. 15/74/ 31 ff.). Nicht zuletzt gab der Versicherte gegenüber Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ an, sich an die Schmerzen gewöhnt zu haben, beziehungsweise bei entsprechender Medikamenteneinnahme schmerzfrei zu sein (Urk. 15/78/29).

### **E. 4.2.3**

In Bezug auf den psychischen Status des Beschwerdeführers ist zunächst mit Blick auf die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte der A.\_\_\_\_ (Urk. 6/1, 13/1) und von Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 20) darauf hinzuweisen, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind (BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98). Abgesehen davon ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Arztpersonen und 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). Ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist nicht stets in Frage zu stellen und gegebenenfalls zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

Eben solche Aspekte lassen sich den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte nicht entnehmen. In Bezug auf den thematisierten Alkohol- und Cannabiskonsum ist anzumerken, dass nach ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung prinzipiell weder Alkoholismus noch Drogenmissbrauch eine Invalidität im Sinne des Gesetzes zu begründen vermögen. Eine solche Sucht wird invalidenversicherungsrechtlich erst bedeutsam, wenn sie ihrerseits eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder aber wenn sie selber Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist, welchem Krankheitswert zukommt (vgl. BGE 124 V 265 E. 3c; AHI 2002 S. 30, I 454/99 E. 2a).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht erfüllt. Abgesehen davon, dass es ausgehend vom beweiskräftigen psychiatrischen Teilgutachten von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ an einem Gesundheitsschaden fehlt, welchem Krankheitswert zukommt, vertreten selbst die behandelnden Ärzte nicht die Auffassung, dass sich der Alkohol- und Cannabiskonsum auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (vgl. Urk. 15/19/1, 15/61 und 15/66). Sollte der Versicherte den Suchtmittelkonsum zwischenzeitlich tatsächlich reduziert oder gar sistiert haben (vgl. Urk. 6/1 und 20 f.), wäre einem invalidisierenden Gesundheitsschaden in dieser Hinsicht ohnehin jegliche Grundlage entzogen.

Zum Bericht der A.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2017 (Urk. 6/1) sowie der am 20. Juli 2017 attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 2006 (Urk. 13/1) ist ferner festzuhalten, dass sich diesen Unterlagen keine neuen objektiven Befunde entnehmen lassen, welche die

unverändert gestellten - und von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_

nach ein lässlicher Diskussion nicht bestätigten (vgl. Urk. 15/78/38 ff.) - Diagnosen unter mauern würden . Namentlich zeigte der Gutachter hinsichtlich der in Frage stehenden Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1) auf, dass sowohl das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der Exploration als auch im gewöhn lichen Alltag nicht für eine derartige psychische Erkrankung sprechen. Zu erwä hen ist in diesem Kontext insbesondere die nicht eingeschränkte Nutzung von Verkehrsmitteln wie Bus, Zug und Flugzeug sowie der Besuch von Restaurants zwecks Einnahme des Mittagessens ( Urk. 15/74/29, 15/78/30 und 15/78/42). Hinsichtlich der ebenfalls von Prof. Dr. Z.\_\_\_\_

in nachvollziehbarer Weise ver worfenen Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrem belastung (ICD-10 F62.0) ist ergänzend anzufügen, dass als extreme Belastung namentlich das Erleben von Folter, Katastrophen und andauernden lebensbedroh lichen Situationen gilt (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifika tion psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leit linien, 1 0. Auflage 2015, S. 286). Dem gewalttätigen Angriff vom 2 8. August 2006 ist zwar eine Eindrücklichkeit nicht abzusprechen; jedoch ist dieses Ereignis - auch mit Blick auf die erlittenen Verletzungen (vgl. E. 3.1) - nicht mit denjeni gen vergleichbar, welche im ICD-Code beispielhaft genannt werden.

Hinsichtlich des Berichtes von Dr. B.\_\_\_\_ vom 2 2. November 2017 bleibt anzufügen, dass jener nicht über die notwendige fachärztliche Qualifikation im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. www.medregom.admin.ch), was in Bezug auf den Beweiswert seiner Ausführungen zum psychischen Status des Versicherten von erheblicher Bedeutung ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_547/2010 vom 2 6. Januar 2011 E. 2.2 mit Hinweisen). Im Übrigen unterzog er die Angaben des Versicherten keiner kritischen Würdigung und äussert e sich nur oberflächlich zur Arbeitsfähigkeit.

Nach dem Gesagten vermögen die Beurteilungen der behandelnden Ärzte dieje nige des psychiatrischen Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen. Es ist wie in somatischer Hinsicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit im ange stammten Tätigkeitsbereich auszugehen. Diese Schlussfolgerung überzeugt ange sichts der gestellten Diagnosen

(vgl. Urk. 15/78/45) insbesondere auch mit Blick auf die höchstrichterliche Praxis , wonach Verdachts- und Z-Diagnosen nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (Urteil e des Bund esgerichtes 9C\_894/2015 vom 25. April 2016 E.

5.1 mit Hinweis und 8C\_793/2016 vom 1 5. September 2017 E. 8.2 ).

Der Vollständigkeit halber bleibt anzufügen, dass das Bundesgericht für sämtliche psychischen Leiden die Anwendbarkeit des indikatorengeleiteten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 statuiert hat (BGE 143 V 409 und 418 vom 3 0. November 2017). Ein solches bleibt jedoch aus Gründen der Verhältnismässigkeit dort entbehrlich, wo im Rah men fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begrün deter Weise verneint wird und gegenteiligen Einschätzungen kein Beweiswert beigemes sen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1). Diese Vorausset zungen sind vorliegend erfüllt.

### **E. 4.3**

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf das inter disziplinäre Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ und Prof. Dr. Z.\_\_\_\_ vom 7. respektive 1 3. Januar 2013 ( Urk.

15/74, 15/78) den Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung verneint. Sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in den angestammten Tätigkeitsbereichen auszugehen.

Die angefochtene Verfügung vom 24. Mai 2017 (Urk. 2) erweist sich somit als korrekt, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

#### **E. 5**

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis I VG) und ermessensweise auf Fr.

#### **E. 7**

00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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