

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00757 vom 24. November 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00757](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00757)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00757 du 24 novembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00757 del 24 novembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

3. April 2015

meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 9/3 ). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Krankentaggeldversicherung ein bei ( Urk. 9/31, Urk. 9/33, Urk. 9/42-43 ).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 9/51 ; Urk. 9/52, Urk. 9/59 ) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Juni 2017 einen Rentenanspruch ( Urk. 9/71 = Urk. 2 ).

#### **E. 1.1**

-1.2 , Ziff.

#### **E. 1.2**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

#### **E. 1.3**

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiter entwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden ( BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 ) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche

Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1 ). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

Die Rechtsprechung hat zu den „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“ ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte „pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmemodell mit "Überwindbarkeitsvermutung") unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; BGE 141 V 281 E. 4.2; BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3; bislang: Fibromyalgie: BGE 132 V 65 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts I 336/04 vom 8. Februar 2006]; dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung: Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; dissoziative Bewegungsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4; Chronic Fatigue Syndrome [CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom] und Neurasthenie: Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73; spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen [Schleudert trauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle: BGE 136 V 279 [Urteil des Bundesgerichts 9C\_510/2009 vom

30. August 2010]; nichtorganische Hypersomnie: BGE 137 V 64 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts 9C\_871/2010 vom 25. Februar 2011]; leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom: Urteil des Bundesgerichts 8C\_167/2012 vom 15. Juni 2012 E 5.2 und 6.1). Gemäss BGE 142 V 342 ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungsstörung anwendbar .

#### **E. 1.4**

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

#### **E. 1.5**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

#### **E. 1.6**

-1.7).

4. 5

Am 14. Juli 2015 (Urk. 9/29) berichteten die Ärztin und Psychologin der E.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Zentrum für Integrative Psychiatrie, über die vom 5. bis 29. Mai 2015 durchgeführte psychiatrisch-stationäre Behandlung des Beschwerdeführers (Ziff. 1.3). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine mittelgradige depressive Episode, eine undifferenzierte Somatisierungsstörung sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (Ziff.1.1).

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer sich oft selber unter starken Erfolgsdruck setze und seine Belastungsgrenze noch nicht gut wahrnehmen könne. Zudem bestünden Konzentrationsstörungen sowie eine Reduktion der emotionalen und kognitiven Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer mache häufiger Fehler, gerate häufiger in Überforderungssituationen und könne nur kürzere Zeit belastet werden. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, wobei von einer Arbeitsfähigkeit von zu nächst 50 % auszugehen sei, welche im Verlauf gesteigert werden sollte (Ziff. 1.7). 4. 6

Mit Bericht vom 30. September 2015 (Urk. 9/31/7-8) diagnostizierte Dr. med. F.\_\_\_\_, eine gemischte dissoziativ-somatoforme Störung mit sensibilitäts-empfindungs- und anfallsartigen Störungen (ICD-10: F44.7), eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig unter thymoleptischer Therapie weitgehend remittiert (ICD 10: F33.4) , sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 :

F 43.1) . Dr. F.\_\_\_\_ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %

in der angestammten Tätigkeit als Hauswart und Wachmann . 4 . 7

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Gutachten vom 26. November 2015 ( Urk. 9/33/2-19) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 f. Ziff. 6.1- 6.2) eine gemischte dissoziative Störung mit dissoziativen Krampfanfällen, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, dissoziativen Bewegungsstörungen und möglichem Ganser-Syndrom (Pseudodemenz) nach ICD-10 : F44. 7. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. G.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode ( ICD-10 : F33.0 ) .

Im psychopathologischen Befund führte Dr. G.\_\_\_\_ unter anderem aus, dass der psychomotorisch nervöse, deutlich angespannt und zu Beginn stark schwitzende Versicherte ein stark auffälliges Verhalten zeige, indem er mit den Schultern zucke, wiederholt den Kopf und das Kinn weit vorstrecke, wobei der Mund sich zu einem bizarren, breiten Grinsen öffne und beide Augen weit aufgerissen würden. Der Blick sei dabei starr, einige Male verdrehe er die Augen; er richte sich häufig im Stuhl auf und bewege den Kopf leicht hin und her. Mehrere Male beginne er, mit den Beinen zu schlottern, woraufhin er mit den Händen die Knie zusammenhalte. Der Gedankengang sei formal massiv verlangsamt, die Antworten nach deutlicher Verzögerung jedoch inhaltlich adäquat. Es ergäben sich während der Untersuchung keine Hinweise auf tatsächliche kognitive Defizite, er verliere kein einziges Mal den Gesprächsfaden, es fänden sich keine Perseverationen, und die Umstellungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Inhaltlich seien die Gedanken deutlich eingeeengt auf die Anfälle und eine subjektive Krankheitsüberzeugung. Es ergäben sich keine Anhaltspunkte für psychotisches Erleben mit Wahnhaltungen, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen . Der Antrieb sei unauffällig, Suizidalität werde verneint, und ein deutlicher Leidensdruck sei spürbar. Angesichts der vermeintlichen Begriffsstutzigkeit des Beschwerdeführers werde eine grob orientierende Prüfung der kognitiven Fähigkeit durch geführt, wobei das Ergebnis des Mini Mental State (MMS) einer mässigen Demenz entspreche (S. 12 f. Ziff. 5.1).

Zur diagnostischen Begründung (S. 14 f. Ziff. 6.3) vermerkte Dr. G.\_\_\_\_ unter anderem , dass der Befund einer mittelgradigen Demenz im Gegensatz zu den ansonsten chronologisch geordneten und gut strukturierten Angaben des Beschwerdeführers steht. Weitere Diskrepanzen seien darin zu erblicken, dass laut subjektiven Schilderungen die Anfälle sehr plötzlich auftreten und er deswegen grosse Angst habe, Treppen zu gehen und dabei zu stürzen. Trotzdem fahre er weiterhin Velo und Auto. Auch die geschilderten häufigen Reklamationen des Arbeitgebers seien von diesem nicht bestätigt worden. Allerdings sei nicht auszuschliessen, dass eventuelle Fehler oder Abwesenheiten vom Bruder des Beschwerdeführers aufgefangen worden seien. Bei den Diskrepanzen handle es sich nicht um Simulation, das Kerngeschehen der dissoziativen Störung sei unbewusst. Die vom Beschwerdeführer angegebene Häufigkeit der Anfälle, das Ausmass der daraus resultierenden Einschränkungen, das Ausmass der angegebenen kognitiven Defizite und das Ausmass der gezeigten Bewegungsstörungen seien jedoch durch ein Verdeckungsverhalten nicht mehr erklärbar und wirkten vielmehr aggraviert. Im Falle

des Beschwerdeführers sei eine Trennung von unbewussten, bewusstseinsnahen und bewussten Faktoren nicht mehr möglich. Differentialdiagnostisch merkte Dr. G. \_\_\_ an, dass sich der Eindruck einer ängstlich-selbstunsicher-überangepassten Persönlichkeitsstruktur ergeben habe. Ob es sich dabei um akzentuierte Persönlichkeitszüge oder gar eine Persönlichkeitsstörung handle, könne angesichts der auffälligen Präsentation und ohne fremdanamnestic Angaben nicht abschliessend beurteilt werden (S.

16 Ziff. 6.4).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. G. \_\_\_ fest (S. 17 Ziff. 7.6-7.7), dass der Beschwerdeführer als Security-Mitarbeiter mit Einsatz in einer Bank aus psychiatrischer Sicht vollständig arbeitsunfähig sei. Für eine Tätigkeit als Hauswart bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für nicht-angstauslösende, alternative Tätigkeiten bestehe aus psychiatrischer Sicht gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 60%. Die Arbeitsfähigkeit sei besserungsfähig, wobei die Angehörigen einzubeziehen seien. In einer angepassten Tätigkeit sollte die Arbeitsfähigkeit innert weniger Monate auf 100% gesteigert werden können. Für eine weitere versicherungspsychiatrische Beurteilung seien die Originalberichte der Schweizer Epilepsieklinik und der B. \_\_\_, der Verlaufsbericht von Dr. F. \_\_\_ und die Erhebung von fremdanamnestic Angaben durch den Bruder und die Ehefrau des Versicherten erforderlich (S. 18 Ziff. 7.11). 4.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 4. Juli 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm

die gesetzlichen Leistungen, namentlich Rentenleistungen, zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. September 2017 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer machte geltend, dass die rechtserhebliche Gesundheitssituation ungenügend abgeklärt sei, und dass insbesondere eine beweiswertige aktuelle psychiatrische Beurteilung seiner Restarbeitsfähigkeit fehle. Unzutreffend seien sodann auch die von der Beschwerdegegnerin ermittelten Validen- und Invalideneinkommen, zudem sei der maximale Leidensabzug von 25% zu gewähren. Weiter äussere sich die Beschwerdegegnerin nicht zu seinen Vorbringen gegen den Einkommensvergleich, womit sie den Anspruch auf rechtliches Gehör verletze (Urk. 1).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid gestützt auf den durchgeführten Einkommensvergleich von einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 31% aus (Urk. 2). Mit Beschwerdeantwort wies sie einen Leistungsanspruch mangels Vorliegens eines Gesundheitsschadens ab (Urk. 8).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen sind der Anspruch auf rechtliches Gehör sowie der Rentenanspruch, wobei insbesondere auch strittig ist, ob der medizinische Sachverhalt hinreichend geklärt ist.

### **E. 3**

.2

Zusammen mit der Verfügung stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerde - führe rin ein mit „ Allgemeine Bestimmungen - Relevante gesetzliche Grundlagen“ betitel tes Blatt zu ( Urk. 9/71/5-6 ). Darin sind Art. 7 und

### **E. 3.3**

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich ver langten Konstellation ist den no rmativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan ( BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 ). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stati onären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nach haltig ausgeschöpft wurden ( BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bun desgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Eine leichte depressive Episode stellt nach der Gerichtspraxis keine Komorbidi tät von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinwei sen). 2.

### **E. 3.5**

Die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2017 (Urk. 2) hält damit den Erforder nissen an eine rechtsgenügende Begründung aus mehreren Gründen nicht stand.

Zwar kann es der Gesichtspunkt der Prozessökonomie unter Umständen rechtfertigen, eine einzelne Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise dadurch zu heilen, dass die betroffene Person vor Beschwerdeinstanz die Gele genheit zur Stellungnahme erhält (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa , BGE 132 V 387 E.

5.1 mit Hinweis). Es ist jedoch nicht Sache des Gerichts, eine Hä ufung mehrerer Verfahrensfehler zu korrigieren, nicht zuletzt auch deshalb, weil es die betroffene Partei jeweils einer Verfahrensinstanz beraubt. Ungeachtet der mate riellen Erfolgsaussichten der Beschwerde ist sie daher

bereits aus diesem Grunde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie über den Leis tungsanspruch de s Beschwerdeführer s in einer im Sinne der Erwägungen hin reichend begründeten Verfügung neu entscheide. 4 . 4 . 1

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte mit Bericht vom 4. April 2015 folgende Diagnosen ( Urk. 9/12/6-7 S. 1 ) : - gemischte dissoziativ somatoforme Störung mit Sensibilitäts-, Empfin dungs - und anfallsartigen Störungen (ICD-10 : F44.7) - Verdacht auf dissoziative Krampfanfälle, Verdacht auf dissoziative Sensi bi litäts - und Empfindungsstörungen - depressive Störung ( Erstdiagnose 2010), gegenwärtig unter thymolepti scher Therapie - Tagesmüdigkeit, unkontrolliertes Einschlafen bei unauffälligen somnolo gi schen Befunden - Status nach schwere n depressiven Episoden mit Suizidalität

2010/2011 - Status nach mittelschwerer depressiver Episode Mai/Juni 2014 - Status nach Unterlappenresektion links bei Bronchiektasen und rezidiierenden Pneumonien

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, dass die 2012 durchgeführte neurologische Abklärung des Beschwerdeführers unauffällige Befunde ergeben habe. Im Februar 2013 und am 8. März 2013 sei es in der Praxis zu Anfällen gekommen, wobei der Beschwerdeführer beim letzten Anfall vom Stuhl gefallen sei. Die 2013 und 2014 in der O.\_\_\_\_-Klinik durchgeführten Abklärungen mit Schlafabklärung hätten nosologisch unklare Anfallsereignisse mit fraglicher Bewusstseinsstörung und keine Epilepsie ergeben (vgl. Urk. 9/13/11-17). Bezüglich Depression sei eine deutliche Verbesserung erzielt worden. Die dissoziative Störung habe sich über die Jahre verschlechtert und auf die bisherigen Behandlungen nicht angesprochen. Die Prognose sei unsicher, und eine Arbeitstätigkeit von 50 % sei aktuell nur dank grossem Verständnis des Arbeitgebers möglich (S. 1 f.) . 4.2

Mit Bericht vom 21. Mai 2015 (Urk. 9/13/1-5) nannte Dr. A.\_\_\_\_ die gleichen Diagnosen (Ziff. 1.1) und nannte an Einschränkungen die Einschlafneigung, Müdigkeit, Unkonzentriertheit und Fehler sowie Fehlleistungen. Die Prognose sei ungewiss, und aktuell könne die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten nicht beurteilt werden. Der Beschwerdeführer sei zurzeit hospitalisiert in der B.\_\_\_\_, wodurch eine Verbesserung erhofft werde (Ziff. 1.5, 1.7-1.8).

Im beigegeführten Bericht vom 20. Januar 2015 hielten die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ fest (Urk. 9/13/11-17), dass es sich nicht um epileptische, sondern um dissoziativ-somatoforme Störungen handle. Mehrere der als typisch angegebenen Ereignisse seien aufgezeichnet worden, sie hätten aber weder Anfallsmuster gezeigt noch epilepsietypische Potenziale. Aus psychologisch-psychiatrischer Sicht seien die Störungen als Begleitsymptomatik einer längerdauernden, dissoziativ-somatoformen Entwicklung zu werten. Zudem bestehe eine depressive Symptomatik, die aber unter thymoleptischer Behandlung weitgehend remittiert sei. Von Seiten der schlafmedizinischen Abklärungen hätten sich keine Befunde gezeigt, welche die beklagte Tagesmüdigkeit erklären könnten. Aus epileptologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 4.3

Mit Bericht vom 27. Mai 2015 (Urk. 9/15/1-4) hielten die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine gemischte dissoziativ-somatoforme Störung mit Sensibilitäts-, Empfindens- und anfallsartigen Störungen fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine depressive Störung und Tagesmüdigkeit. Weiter führten sie aus, dass aus epileptologischer Sicht die bisherige Tätigkeit zumutbar sei. 4.4

Mit Bericht vom 26. Juni 2015 (Urk. 9/19/1-4) hielten die Ärzte der D.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,

unter Beilage des Berichts vom 30. Juni 2014 über das Erstgespräch vom 13. Mai 2014 (Urk. 9/19/5-8)

fest, dass aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers in der Sprechstunde vom Mai/Juni 2014 eine mittelgradige depressive Episode und ein Verdacht auf dissoziative Krampfanfälle und eine differenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert worden seien. In einem Folgegespräch vom Februar 2015 habe sich eine Zunahme der Schwere der gestellten Diagnosen gezeigt. Dadurch scheine der Beschwerdeführer stark eingeschränkt zu sein. Vom 24. bis 25. Februar 2015 hätte sie ihn infolge der psychiatrischen Diagnosen zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Inwieweit die Arbeitsfähigkeit sonst beeinflusst

gewesen sei, könnten sie mangels diesbezüglicher Untersuchung des Beschwerdeführers nicht sagen, und über weitere Arbeitsunfähigkeiten lägen ihnen keine Arztzeugnisse vor. Eine ambulante psychiatrische Behandlung bei ihnen habe nicht stattgefunden ( Ziff.

### **E. 8**

Am 20. Januar 2016 berichtete Dr. A.\_\_\_\_, dass der Arbeitgeber am 22.

Dezember 2015 das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer aufgelöst habe. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert, dieser habe nun fast täglich „Anfälle“ und habe es am 28. Dezember 2015 nicht mehr zur Arbeit geschafft ( Urk. 9/43/12-13). 4.

### **E. 9**

Dr. F.\_\_\_\_

hielt im Bericht vom 8. März 2016 ( Urk. 9/43/17-19) zum objektiven Befund fest, dass die Konzentrations- und Merkfähigkeit deutlich reduziert seien mit rascher Ermüdung und Gedächtnisstörungen. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer verlangsamt und eingengt auf die Krankheitssymptomatik mit negativem Gedankenkreis, doch insgesamt kohärent (S. 1 Ziff. 3). Weiter führte Dr. F.\_\_\_\_

aus, dass nach Erhalt der Kündigung eine Verschlechterung des physischen wie auch des psychischen Zustandsbildes eingetreten sei. Die Häufigkeit und Intensität der „Anfälle“ und die depressive Symptomatik hätten zugenommen, es bestehe vor allem eine Antriebsminderung, Leistungs-, Konzentrations- und Merkfähigkeit hätten abgenommen und die bereits vorhandenen Schlafstörungen zugenommen (S. 2 Ziff. 4). Die Prognose sei derzeit unklar, und ab März 2016 sei ein Einbezug der Angehörigen geplant (S.

2 Ziff. 5 und

8).

4.

### **E. 10**

Med. pract. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Regionalärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 27. Juni 2016 aus, dass die aktenkundige Arbeitsunfähigkeit plausibel sei. Aufgrund der im Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_ ausgewiesenen Besserungsfähigkeit sei frühzeitig, nach drei bis sechs Monaten, die Revision einzuleiten ( Urk. 9/50 S. 6 oben). 4. 1

Mit Bericht vom 5. Oktober 2016 ( Urk. 9/47/1-7) nannte Dr. F.\_\_\_\_ folgende Diagnosen ( Ziff. 1.1): - ICD-10: F44.7 gemischte dissoziative Störung (Konversionsstörung) mit dissoziativen Krampfanfällen, Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, dissoziativen Bewegungsstörungen - Verdacht auf ICD-10: F44.8 Ganser-Syndrom - ICD-10: F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bestehend seit 2011 - ICD-10: Z73 akzentuierte Persönlichkeitszüge: ängstlich-unsichere-überangepasste Züge

Weiter hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass aufgrund des Störungsbildes funktionelle Einschränkungen in Bezug auf die Kognition bestünden hinsichtlich Aufmerksamkeit, Konzentration, Umstellungsfähigkeit; weitere Einschränkungen seien hinsichtlich Ausdauer, Verantwortung, Sorgfalt und Arbeitsplanung hinzunehmen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit Dezember 2016, seit 2011 liege sie zwischen 50 und

100 % . Es bestehe ein sehr hohes Unfall- und Verletzungsrisiko, und der Beschwerdeführer sei im aktuellen Zustand auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht vermittelbar. Das Ausmass der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sei nicht genauer quantifizierbar. Um eine genauere Einschätzung vornehmen zu können, sei eine weiterführende Abklärung zu empfehlen. Zur Verminderung der Einschränkungen benötige der Beschwerdeführer berufliche Reintegrationsmassnahmen durch die Invalidenversicherung (Ziff. 1.6-1.7). 4. 1 2

Mit Stellungnahme vom 9. November 2016 hielt med. pract. H. \_\_\_ fest, dass die angegebene Verschlechterung sich im Zuge der Kündigung eingestellt habe und daher IV-fremd sei. Alle anderen Beschwerden seien im Gutachten von Dr. G. \_\_\_ vom 26. November 2015 bereits gewürdigt worden und mündeten in die reduzierte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Daran habe sich nichts erkennbar verändert. Die Lungenentzündung sei als temporäres Geschehen anzusehen (Urk. 9/50 S. 6 f.). 4. 1 3

Mit Bericht vom 16. Januar 2017 (Urk. 9/57) führte Dr. A. \_\_\_ aus, dass sich seit Mai 2015 die Infekte der unteren Luftwege gehäuft hätten. Eine Computertomographie habe eine Zunahme der bekannten Bronchiektasen und den Verdacht auf einen chronischen Infekt der Lingula gezeigt. Zur weiteren Abklärung, insbesondere einer Notwendigkeit eines allfälligen weiteren operativen Eingriffes, habe er den Beschwerdeführer an die Pneumologie des D. \_\_\_ überwiesen. Hinsichtlich Depression sei ein stabiler Zustand zu verzeichnen, es bestünden keine Zeichen einer manifesten Depression. Zur dissoziativen Störung und zu den Anfällen hielt Dr. A. \_\_\_ fest, dass der Beschwerdeführer praktisch jede Woche schwere Anfälle habe, obwohl der Druck der Arbeitstätigkeit entfalle. Die Frequenz habe sich im Anschluss an den Jobverlust erhöht (S. 1). In einer angepassten Arbeitstätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen. Dabei müsse es sich um eine flexibel einzuteilende Arbeit handeln, in einem ungefährlichen Umfeld mit geringer Verletzungsgefahr (S. 2). 4. 1 4

Dr. F. \_\_\_ nannte im Verlaufsbericht vom 23. Januar 2017 (Urk. 9/56) im Wesentlichen unveränderte Diagnosen (vgl. Urk. 9/47/1-7) und führte aus, dass sich der Krankheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. G. \_\_\_ im Mai 2015 verschlechtert habe. Nach Verlust des Arbeitsplatzes und erneut auftretenden rezidivierenden Infekten der Atemwege sei es zu Dekompensationen mit ängstlich-depressiver Symptomatik und erneuter Exazerbation der dissoziativen Störung gekommen (S. 1). Der Beschwerdeführer habe wiederholt psychotherapeutische Sitzungen vorzeitig abbrechen müssen infolge starker Agitiertheit mit Zittern am ganzen Körper und Zuckungen im Gesicht, habe nicht mehr still sitzen können und aufstehen und im Raum umhergehen müssen, bis zum vorzeitigen Abbruch von Therapiesitzungen (S. 2).

Zu den Veränderungen im Befund hielt Dr. F. \_\_\_ fest, dass die Verminderung von Konzentration und Aufmerksamkeit sowie die Vergesslichkeit zugenommen hätten, die Merkfähigkeit sei deutlich reduziert, und die innere Unruhe, Anspannung und Agitiertheit hätten zugenommen. Die aktuelle Lebenssituation mit stark belastenden vor allem soziökonomischen Faktoren und einer drohenden Lungenoperation hätten zu einer deutlichen Verstärkung von Existenzängsten und negativ-pessimistischen Zukunftsperspektiven geführt.

Erschwerend zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hätten somatische Erkrankungen an Häufigkeit und Intensität zugenommen. Der sekundäre Krankheitsgewinn

habe durch Einbezug der Angehörigen stark vermindert werden können, habe jedoch zu keiner Verbesserung des Krankheitszustands - vor allem die „Anfälle“ betreffend - geführt. Die von Dr. G.\_\_\_\_ festgestellte Arbeitsfähigkeit von 60 % als Hauswart sei angesichts der mit den „Anfällen“ verbundenen grossen Verletzungs- und Sturzgefahr nicht zu bestätigen (S. 3).

Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, die Arbeitsfähigkeit ab 24. Januar 2017 betrage 20 % in angepassten Tätigkeiten. Vor dem Hintergrund einer chronifizierten dissoziativen Störung mit einem hohen Ausmass an Desintegration (zum Beispiel dissoziative Krampfanfälle und komplexe Symptomatik) sei eine längere stationäre rehabilitative Therapie zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich (S. 3 f.). 4.15

Med. pract. H.\_\_\_\_, RAD, führte mit Stellungnahme vom 18. Februar 2017 (Urk. 9/70 S. 3) aus, dass die Angaben in Bezug auf die Zunahme der Anfälle alleine auf den Aussagen des Beschwerdeführers beruhten. Ein Beweis über die tatsächliche Zunahme von psychogenen Anfällen liegt nicht vor, auch keine Nachweise über vermeintliche Verletzungen. Es gebe keinen einzigen Beleg darüber, dass ein Fremder jemals einen Anfall beobachtet habe oder dass dies zu einer erneuten ärztlichen Vorstellung geführt hätte. Selbst während des sieben-tägigen Aufenthalts in der O.\_\_\_\_-Klinik und des 24-tägigen Aufenthalts in der E.\_\_\_\_ habe kein einziger Anfall beobachtet werden können. Auch danach sei dies zu keinem Zeitpunkt der Fall gewesen. Die täglichen Orientierungsstörungen von einer Dauer von 60 Minuten seien nicht erklärbar. Es würden psychogene Lähmungen genannt, ohne diese in ihrer Art zu beschreiben. Die Befundung des F.\_\_\_\_ sei nicht objektiv nachvollziehbar. Es bestünden keine Hinweise für eine nachvollziehbare Verschlechterung. 4.16

Mit Bericht vom 15. März 2017 (Urk. 9/68/1-4) diagnostizierten die Ärzte des D.\_\_\_\_, Klinik für Pneumologie, unter Beilage des Berichts vom 16. Dezember 2016 (Urk. 9/68/6-8) Bronchiektasien Lingula unklarer Ursache. Seit 1994 bestehe beim Beschwerdeführer ein Bronchiektasieerkrankung, infolgedessen 1995 der linke Unterlappen reseziert worden sei. In der Folge sei es zu rezidivierenden pulmonalen Infekten mit drei bis vier Exazerbationen im Jahr 2016 gekommen, welche jeweils antibiotisch ambulant behandelt worden seien. Die letzte Exazerbation des Bronchiektasieerleidens sei im November 2015 erfolgt mit Nachweis eines chronischen Infektes der Lingula mit begleitendem Infiltrat.

Der Beschwerdeführer sei aus pulmonaler Sicht voll arbeitsfähig, und die aktuell ausgeübte berufliche Tätigkeit sei aus pulmonaler Sicht zumutbar, der Arbeitsversuch sollte weitergeführt werden. Eine angepasste Tätigkeit sei in den jeweiligen Phasen einer Infektexazerbation angemessen. Bei einer Exazerbation sei der Beschwerdeführer jeweils vermindert leistungsfähig beziehungsweise arbeitsunfähig für einige Tage (S. 2 f.).

4.17

Dem Vermerk vom 2. Juni 2017 im Feststellungsblatt (Urk. 9/70 S. 4 unten) ist zu entnehmen, dass es gemäss Rücksprache mit dem RAD sinnvoll sei, dem Beschwerdeführer eine Alkoholabstinenz als Empfehlung aufzuerlegen; im Einwandverfahren werde eine Schadenminderungspflicht nicht mehr auferlegt. 5.

5.1

In somatischer Hinsicht ergibt sich aus den Berichten der Ärzte der Klinik

C.\_\_\_\_, dass ein epileptisches Leiden des Beschwerdeführers ausgeschlossen werden kann (vorstehend E. 4.2 -4.3). Laut den Ärzten des D.\_\_\_\_, Klinik für Pneumologie, besteht sodann aus pulmonaler Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 4.16). Insgesamt ist aufgrund dessen

davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt ist.  
5.2

Vorliegend ist unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten, insbesondere der übereinstimmenden Beurteilung durch

Dr. F.\_\_\_\_ und Dr.

G.\_\_\_\_ sowie der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.1-4.3, E. 4.6-4.7, 4.11, 4.14), erstellt, dass der Beschwerdeführer unter anderem an einer gemischten dissoziativen Störung mit dissoziativen Krampfanfällen, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen und dissoziativen Bewegungsstörungen nach ICD-10: F44.7 leidet. Dieser Störung kommt laut Dr. G.\_\_\_\_ ausdrücklich Krankheitswert zu (S. 16 Ziff. 7.5), und das beschriebene, möglicherweise aggravierende Verhalten bezieht sich einzig auf das Ausmass der Störung, nicht auf deren Kern geschehen (vorstehend E. 4.7).

Solche Störungen zählen rechtsprechungsgemäss zu den mit der somatoformen Schmerzstörung „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“. Die Beurteilung der daraus resultierenden Leistungsfähigkeit setzt demnach seit dem am 3. Juni 2015 ergangenen BGE 141 V 281 E. 4.2 die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach einem normativen Prüfungsraster voraus (vorstehend E.

1.3). Eine Einschätzung des tatsächlichen Leistungsvermögens anhand der sog. Standardindikatoren erfolgt indessen in keinem der aktenkundigen Arztberichte, insbesondere auch nicht im ausführlichen Gutachten von Dr. G.\_\_\_\_. Wohl lassen sich daraus einzelne, für die Indikatorenprüfung massgebende Faktoren entnehmen, doch sind diese nicht vollständig, weshalb sie keine umfassende Prüfung nach dem massgebenden Prüfungsraster erlauben. Auch aus den anderen aktenkundigen Arztberichten lassen sich diese Informationen nicht vollständig erheben. Selbst wenn davon abgesehen würde, dass das fragliche Gutachten vom 26. November 2015 datiert und damit grundsätzlich nach neuem Verfahrensstandard eingeholt wurde

(vgl. vorstehend E. 1.4), erlaubt die Aktenlage daher keine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren. Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang, dass auch die Beschwerdegegnerin selber beziehungsweise ihr RA D die aufgrund der genannten Diagnose angezeigte Indikatorenprüfung

unterliessen (Urk. 9/50, Urk. 9/70). Umso weniger ist es Sache des Gerichts, diese Prüfung an ihrer Stelle durchzuführen und die dazu erforderlichen Informationen aus einzelnen Arztberichten zusammen zusehen.

Dr. G.\_\_\_\_ weist überdies darauf hin, dass sie mangels Vorlage verschiedener Berichte, aber auch mangels Erhebung fremdanamnestischer Angaben, keine abschliessende Beurteilung vornehmen könne. Eine im Anschluss an das Gutachten erfolgte Erhebung fremdanamnestischer Angaben ist nicht aktenkundig, sodass das Gutachten auch unter diesem Gesichtspunkt unvollständig ist.

Hinzu kommt, dass aufgrund der seit der Gutachtenserstellung eingegangenen medizinischen Unterlagen, insbesondere der Arztberichte von Dr. F. \_\_\_\_ (vorstehend E. 4.9, 4.11, 4.14), Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bestehen, welche in der Folge gutachterlich nicht näher abgeklärt wurden. Entgegen der Auffassung des RAD lässt sich die beschriebene Verschlechterung nicht bereits aufgrund der Akten lediglich als reaktiv und daher versicherungsmedizinisch irrelevant bezeichnen (vorstehend E. 4.12). Massgebend ist nicht die Entstehung der Krankheit - beziehungsweise im vorliegenden Fall der Verschlechterung der bestehenden Krankheit -, sondern es ist abzuklären, inwieweit ein von allfälligen versicherungsfremden Faktoren unabhängiges, verselbständigt Leiden mit Krankheitswert vorliegt. Unzutreffend ist sodann auch die Aussage, dass niemand je einen Anfall beobachtet habe (vorstehend E. 4.15), zumal ein solcher vom Hausarzt anlässlich einer Konsultation in der Praxis beschrieben wurde (vorstehend E. 4.1).

Zusammenfassend erweist sich die medizinische Aktenlage in psychischer Hinsicht als unzureichend abgeklärt, weshalb die Sache zur psychiatrischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Danach wird die Beschwerdegegnerin erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu verfügen haben. 6.

#### 6.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Dem Beschwerdeführer steht ausgangsgemäss eine Prozessentschädigung zu, welche vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 6. Juni 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - 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 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  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Grieder-Martens

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