

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01321 vom 28. Februar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01321](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01321)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01321 du 28 février 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01321 del 28 febbraio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über

Invalidenversicherung; IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven vierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten,

ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweis - verfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

### **E. 1.2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 1.3**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss 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. 1.4**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheid relevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 4. Dezember 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. November 2017 und beantragte, diese sei aufzuheben und zwecks ergänzender

Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2018 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5).

Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung aus, zwecks Prüfung des Leistungsanspruchs seien Unterlagen der behandelnden Ärzte und der Unfallversicherung eingeholt worden. Gemäss diesen sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, die bisherige Tätigkeit als Reinigungsspezialist auszuüben. Diese Beeinträchtigung sei unfallbedingt. Zumutbar sei ihm jedoch eine leichte, angepasste Tätigkeit in einem vollen Pensum. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht nötig. Gemäss den vorliegenden ärztlichen Beurteilungen hätten die Diagnosen auf psychiatrischem Gebiet keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. In den Akten würden insbesondere verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren genannt. Sofern eine angemessene Therapie durchgeführt werde, sei von einer guten Prognose auszugehen (Urk. 2 S. 1 f.). In der Beschwerdeantwort hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen fest (Urk. 5).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt fest, im Oktober 2015 sei er krankheitsbedingt wieder arbeitsunfähig gewesen. Die medizinischen Untersuchungen hätten keine klare somatische Ursache ergeben. In der Folge habe er sich im Januar 2016 zwecks Abklärung und Behandlung ins B.\_\_\_\_ begeben. Es lägen zwei Berichte der Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 15. August 2016 und vom 4. Mai 2017 vor. Ferner habe in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_ eine Evaluation stattgefunden. Die Ergebnisse seien im Schlussbericht vom 6. März 2017 wieder gegeben. Unter Berücksichtigung der genannten Berichte könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, es bestehe keine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, weil invaliditätsfremde Aspekte ins Gewicht fielen, es an der erforderlichen Therapiemotivation mangle und weil weitere medizinische Massnahmen nicht zu einer wesentlichen Reduktion der Arbeitsunfähigkeit führten. Im Bericht der Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2017 und im Schlussbericht der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_ vom 6. März 2017 sei eine erhebliche psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit beschrieben worden. Hinweise auf invaliditätsfremde Aspekte lägen zwar vor, eine hinreichende Abgrenzung zwischen diesen und leistungsrelevanten Faktoren habe bislang nicht stattgefunden. Dies sei mittels weiterer Abklärungen nachzuholen. Dasselbe gelte in Bezug auf eine allfällige Therapie rezidiv. Aufgrund der vorhandenen Berichte sei davon auszugehen, dass trotz adäquaten Therapiebemühungen eine erfolgreiche Behandlung leidsbedingt nicht möglich sei. Auf die Beurteilung des Arztes des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin (RAD), der kein Facharzt für Psychiatrie sei, könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 2 ff. Ziff. 2 ff.).

### **E. 3**

Vor Erlass der vor dem heute zu beurteilenden Verwaltungsentscheid ergangenen Verfügung vom 10. November 2014 (Urk. 6/66) holte die Beschwerdegegnerin von RAD-Arzt pract. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, eine Stellungnahme ein und stellte darauf ab. Der RAD-Arzt hielt am 25. September 2014 fest, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die erwerbliche Leistungsfähigkeit durch die Folgen der vorderen Kreuzbandruptur links dauerhaft beeinträchtigt sei. Ohne bleibende Auswirkung

auf die Arbeitsfähigkeit sei der Status nach benignem paroxysmalen Lagerungs-schwindel. Die Anforderungen in der angestammten Tätigkeit als Reinigungs spezialist von Zugwaggon (ganztags stehend-gehend, schwere Arbeiten, Gehen auf unebenem Gelände, Ersteigen von Waggon von den Gleisen aus) seien höher als die verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit. Diese Tätigkeit komme nicht mehr in Frage. Angepasst seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. In einer solchen Tätigkeit habe ab dem 17. Oktober 2013 eine Arbeitsfähigkeit zwischen 70 und 80 % und ab dem 4. November 2013 (Austritt E.\_\_\_\_) eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne mit zusätzlichen medizinischen Massnahmen keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr erreicht werden (Urk. 6/64/5 f.).

#### **E. 4.1**

Im aktuellen Abklärungsverfahren hielt der Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Juni 2016 fest, seit Oktober 2015 habe der Beschwerdeführer insbesondere über Oberbauchschmerzen geklagt. Die Abklärungen hätten ergeben, dass am ehesten von funktionellen Beschwerden auszugehen sei. Zwischenzeitlich habe der Beschwerdeführer auch über Ängste und Schlafstörungen berichtet. Anlässlich der psychiatrischen Abklärung im psychiatrischen Zentrum in F.\_\_\_\_ sei die Diagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung und von leichten depressiven Episoden gestellt worden. Trotz antidepressiver Behandlung und regel mässiger Psychotherapie habe der Beschwerdeführer weiterhin über Müdigkeit und Kraftlosigkeit mit ausgeprägten Antriebsstörungen geklagt. Zudem sei er auch nervös und gereizt, teils auch traurig. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/75/1-3).

#### **E. 4.2**

Die Ärzte des B.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer seit Januar 2016 behandeln (Urk. 6/83/4 Ziff. 1.2; vgl. auch Urk. 6/75/9), nannten im Bericht vom 15. August 2016 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.33; bei Verdacht auf eine Hyperventilationsstörung) respektive als Differentialdiagnose fokale epileptische Anfälle und sowie ferner den Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge ( narzistische Anteile, ICD-10 Z73; Urk. 6/83/4). Sodann hielten die Ärzte fest: Aufmerksamkeit unauffällig, leichte Konzentrationsstörungen, auf die körperlichen Beschwerden eingeeengt, Grübeln, keine Befürchtungen, keine Zwänge, kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen, im Affekt euthym, stimmungslabil, klagsam, Antrieb und Psychomotorik leicht reduziert, Ein- und Durchschlafstörungen unter Medikation leicht gebessert, kein Hinweis auf Suizidalität oder Fremdgefährdung (Urk. 6/83/5 f.).

Sodann führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer äussere Angst vor wiederholt auftretenden Schwächeanfällen (allgemeine Kraftverminderung, die stets von oben nach unten durch den Körper wandere und unvorhergesehen auftrete; Urk. 6/83/5 Ziff. 1.4). Er befürchte, dass diese Anfälle auch am Arbeitsplatz auftreten und zu einem Unfall führen könnten. Sodann fürchte er sich auch davor, nicht ernst genommen zu werden, was ihn kränke. Die Persönlichkeits akzentuierung mit narzisstischen Zügen wirke sich als Belastungsfaktor aus. Sie führe zu einer verminderten Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen, vermindertem Reflexions- und Introspektionsvermögen und zu Problemen im Umgang mit Konflikten. In der beruflichen Interaktion entstehe dadurch eine Beeinträchtigung. Konflikte mit Vorgesetzten könnten nicht ausgetragen werden. In

konflikthaften Situationen reagiere der Beschwerdeführer entweder mit einem Rückzugs- oder Vermeidungsverhalten oder mit erheblicher Kränkung. Er erfahre dadurch immer wieder das Gefühl, nicht wertgeschätzt zu werden, was sein gering ausgebildetes Selbstwertgefühl mindere und depressive Krisen auslöse. Der Beschwerdeführer sei nicht ausreichend in der Lage, seine Bedürfnisse zu erkennen. Dadurch komme es rasch zu Überforderungen und Überlastungen, was zu einer psychischen und physischen Erschöpfung beitrage (Urk. 6/83/6 f. Ziff. 1.7). Einer psychopharmakologischen Behandlung stehe der Beschwerdeführer ambivalent gegenüber. Eine tagesklinische Behandlung habe er bislang aus Schamgefühl abgelehnt (Urk. 6/83/6 Ziff. 1.5).

Die Ärzte fassten zusammen, aufgrund des klinischen Bildes sei von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Aufgrund der Zusatzfaktoren, insbesondere der narzisstischen Persönlichkeitsanteile, und der mangelnden Therapiemotivation sei der Beschwerdeführer aber derzeit nicht in der Lage, seine Arbeitsfähigkeit zu verwerten. Belastbarkeit und Flexibilität seien deutlich vermindert und es bestehe die Gefahr einer Dekompensation. Die Prognose für die Wiedererlangung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit sei unter angemessener Behandlung grundsätzlich gut. Vorausgesetzt sei indessen, dass es gelinge, den Beschwerdeführer zu einer Psycho- und Psychopharmakotherapie zu motivieren. In Anbetracht des bisherigen Verlaufs müsse indessen mit einer Chronifizierung gerechnet werden. Aufgrund der herabgesetzten Belastbarkeit und Flexibilität und aufgrund der geklagten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sei die Leistungsfähigkeit aktuell um 50 % vermindert. Es sei eine schrittweise Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen, beginnend mit 10 bis 20 %. Mit medizinischen Massnahmen könnten die Einschränkungen nicht vermindert werden (Urk. 6/83/6 f. Ziff. 1.7 f.).

#### **E. 4.3**

Im Verlaufsbericht vom 4. Mai 2017 hielten die Ärzte des B.\_\_\_\_ fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie hingegen neu eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) und jetzt nicht mehr nur als Verdachtsdiagnose eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10

F60.8). Sie hoben hervor, der Beschwerdeführer klage nach wie vor über regelmässig auftretende Anfälle in Form eines Schwächegefühls mit allgemeiner Kraftverminderung. Eine zwischenzeitlich durchgeführte neurologische Untersuchung habe einen unauffälligen Neurostatus ergeben. Ebenso habe eine Epilepsie mittels einer EEG-Untersuchung ausgeschlossen werden können. Die Schwächeanfälle seien demnach im Zusammenhang mit der psychischen Problematik zu interpretieren (Urk. 6/115/4 Ziff. 1.3). Nach wie vor bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund des klinischen Bildes und der Diagnose sei bezogen auf einen normalen Arbeitsplatz von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 40 % auszugehen (Urk. 6/115/5 f. Ziff. 2.2). Eine Prognose sei schwierig zu stellen. Aufgrund der eingeschränkten Introspektions- und Reflexionsfähigkeit habe der Beschwerdeführer Schwierigkeiten, sich auf eine psychotherapeutische Behandlung einzulassen. Im Hintergrund könnten sprachliche Hindernisse und soziokulturelle Aspekte eine Verständigung in der Therapie verstärken. In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei die Prognose wegen der Kombination verschiedener, sich gegenseitig negativ verstärkender Aspekte als schlecht zu bewerten und deswegen eine Chronifizierung wahrscheinlich (Urk. 6/115/6 Ziff. 3.3).

#### **E. 4.4**

Zur Evaluation in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_ (3. Januar bis 5. März 2017) lässt sich dem Bericht vom 6. März 2017 entnehmen, der Beschwerdeführer habe ein tadelloses Arbeitsverhalten gezeigt. Meistens sei er früher gekommen und habe sofort mit der Arbeit begonnen. Er habe die Arbeiten jeweils am Ende nachkontrolliert. Die Leistungsbandbreite habe sich bei meistens genügender bis guter Qualität und in einem Zeitrahmen von 3 ½ Stunden zwischen 30 und 100 % bewegt. Nach rund 3 ½ Stunden hätten sich Ermüdungszeichen gezeigt. Schwächeanfälle seien viermal aufgetreten. Während der Dauer der Abklärung habe die verwertbare Tagesleistung knapp 30 % betragen. Eine Steigerung der Präsenzzeit habe nicht erreicht werden können. Ohne deutliche Besserung des Gesundheitszustandes seien weitere Massnahmen zur Integration nicht zielführend. Eine Qualifizierung würde zwar die Möglichkeiten für vorwiegend sitzende Tätigkeiten erhöhen, jedoch komme dies aufgrund der erwerblichen Ressourcen (keine Grundbildung in der Schweiz, mangelnde sprachliche Fähigkeiten und beschränkte kognitive und intellektuelle Ressourcen) nicht in Frage. Aktuell seien die vorhandenen Ressourcen nur in geschütztem Rahmen umsetzbar (Urk. 6/100/2 ff. Ziff. 3 ff.).

#### **E. 4.5**

Zum Bericht des B.\_\_\_\_ vom 15. August 2016 nahm RAD-Arzt pract. med. D.\_\_\_\_ am 12. September 2016 Stellung und hielt fest, aus somatischer Sicht bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsspezialist bei der SBB (körperlich belastende Reinigung von Waggonen; vgl. Urk. 6/76/5 f.). Nach dem Unfall sei bei der derselben Arbeitgeberin ein körperlich weniger belastender Einsatz in der Innenreinigung erfolgt. Die Eingliederungslösung sei jedoch nicht nachhaltig gewesen. In einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund der Unterlagen von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Ärzte des B.\_\_\_\_ seien aus psychiatrischer Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit bei schrittweiser Wiedereingliederung ausgegangen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien daher berufliche Massnahmen zu prüfen (Urk. 6/116/3 f.).

Am 16. Juni 2017 nahm pract. med. D.\_\_\_\_ zum Verlaufsbericht des B.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2017 Stellung. Er hielt fest, aus welchen Gründen die bisher prognostizierte Arbeitsfähigkeit nicht umgesetzt werden können, sei nicht weiter erläutert worden. Aus neurologischer Sicht ergäben sich jedenfalls keine Einschränkungen (Neurostatus unauffällig, Epilepsie ausgeschlossen). Die depressive Symptomatik sei nicht stark ausgeprägt. Im Bericht sei sodann kein psychopathologischer Befund genannt worden, der die Diagnose einer Panikstörung stütze. Im Wesentlichen liege eine bisher nicht oder nicht adäquat behandelte Schlafstörung und das vom Beschwerdeführer geklagte Schwächegefühl vor, für das jedoch ein organisches Korrelat fehle. Laut den Erkenntnissen der Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 15. August 2016 mangle es dem Beschwerdeführer zudem an der nötigen Behandlungsmotivation. Bei adäquater Behandlung sei jedoch von einer günstigen Prognose auszugehen. Die von der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_ beschriebenen Auffälligkeiten seien teilweise psychosozialer Art, teilweise sehr unspezifisch und durch die medizinischen Befunde nicht zu erklären. Das recht gute Potential des Beschwerdeführers sei aus vorwiegend invaliditätsfremden Gründen nicht umsetzbar (Urk. 6/116/6 f.).

#### **E. 5.1**

Die Beschwerdegegnerin erachtete die Angaben der behandelnden Ärzte als ausreichend, um den Leistungsanspruch zu beurteilen. Als beweistauglich stuften sie die Ausführungen der Ärzte des B.\_\_\_\_ ein. Unerwähnt blieben die Darlegungen von Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 6/75/1-3). Dies ist nicht zu bemängeln, denn für seine Schlussfolgerung, der Beschwerdeführer sei vollständig arbeitsunfähig, mangelt es an einer nachvollziehbaren Begründung.

### **E. 5.2**

Der Bericht des B.\_\_\_\_ vom 15. August 2016 enthält widersprüchliche Angaben. Die behandelnden Ärzte stellten im Zusammenhang mit der narzisstischen Problematik einerseits Schwierigkeiten in sozialer Hinsicht und damit verbunden eine beeinträchtigte Leistungsfähigkeit fest und andererseits, ebenfalls im Zusammenhang mit dieser Problematik, eine mangelnde Behandlungsfähigkeit. Indessen bleibt unklar, inwiefern die Symptomatik angehenbar und die geeignete psychiatrische Behandlung zumutbar ist. Die Erfolgsaussichten einer solchen Behandlung stuften die Ärzte in nicht nachvollziehbarer Weise unterschiedlich ein. Zum einen stellten sie eine günstige Prognose, hielten aber auch fest, die vorhandenen Einschränkungen liessen sich durch medizinischen Massnahmen nicht vermindern (Urk. 6/83/7 Ziff. 1.8). Nicht ohne Weiteres einleuchtend ist auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Zum einen hoben die Ärzte hervor, aufgrund des klinischen Bildes bestehe aus psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, jedoch sei diese „aufgrund der oben genannten Faktoren“ nicht verwertbar (Urk. 6/83/6 Ziff. 1.6), zum anderen erwähnten sie eine aktuelle Verminderung der Leistungsfähigkeit von 50 % und wiesen darauf hin, die berufliche Eingliederung sei beginnend mit einer Belastung zwischen 10 und 20 % in Angriff zu nehmen (Urk. 6/83/6 f. Ziff. 1.7).

### **E. 5.3**

Im Bericht vom 4. Mai 2017 stellten die Ärzte des B.\_\_\_\_ im Vergleich zum Vorbericht andere Diagnosen. Auf die der angepassten Diagnostik zu Grunde liegende Befundlage gingen sie nicht ein. Vielmehr stellten sie fest, der Zustand sei stationär (Urk. 6/115/4 Ziff. 1.1) und wiesen darauf hin, der Beschwerdeführer klagte nach wie vor über regelmässig auftretende Anfälle in Form eines Schwächegefühls mit allgemeiner Kraftverminderung. Eindeutig äussert sich der Verlaufsbericht einzig dahingehend, dass die Ärzte nunmehr eine organische Ursache für die geklagten Schwächeanfälle ausschlossen (neurologisch blander Befund und Ausschluss einer Epilepsie) und die Anfälle daher als Teil der psychischen Problematik interpretierten (Urk. 6/115/4 Ziff. 1.3). Unklar bleibt weiterhin das Mass der erwerblichen Ressourcen und die Prognose in Bezug auf die erforderliche, jedoch offenbar noch nicht ausreichende Behandlung. Kausal dafür ist nach den Erkenntnissen der behandelnden Ärzte ein Motivationsdefizit (Urk. 6/115/5). Ob dieses Ausdruck des Leidens ist - wovon die behandelnden Ärzte ausgehen - oder ob ein krankheitsferner und daher ein für die Invaliditätsbemessung unbeachtlicher Faktor vorliegt - was die Beschwerdegegnerin geltend macht -, lässt sich aufgrund der Darlegungen in den ärztlichen Berichten nicht schlüssig beantworten. Die Ergebnisse in der Abklärungsstelle C.\_\_\_\_ ergaben jedenfalls keine auf eine Selbstlimitierung hindeutenden Anhaltspunkte (vgl. Urk. 6/100).

### **E. 5.4**

Zusammenfassend ergibt sich, dass aufgrund der eingeholten Arztberichte von einer Veränderung respektive Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des

Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht auszugehen ist. Welches Leiden effektiv besteht und wie dieses sich auf die erwerblichen Ressourcen auswirkt, ist jedoch offen. Offen ist auch, ob die beeinträchtigte Behandlungsfähigkeit leidensbedingt ist. Unklar ist aber auf der anderen Seite, welche Behandlung angezeigt ist, nachdem die Ärzte des B.\_\_\_\_ einerseits die Therapiebereitschaft als beeinträchtigt erachteten (eingeschränkte Introspektions- und Reflexionsfähigkeit), andererseits jedoch festhielten, mit weiteren ärztlichen Interventionen könnten die Einschränkungen nicht vermindert werden. Um den Leistungsanspruch zuverlässig beurteilen zu können, sind weitere Abklärungen medizinischer Art nötig. Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht sodann erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Die Abklärungen enden laut Bundesgericht mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Auch diesem Grundsatz ist im Rahmen der noch nötigen Abklärungen und der erneuten Entscheidung Rechnung zu tragen.

Da noch weitere Abklärungen nötig und diese von der Beschwerdegegnerin, an die die Angelegenheit zurückzuweisen ist, vorzunehmen sind, ist die Beschwerde antragsgemäss gutzuheissen.

#### **E. 6.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

#### **E. 6.2**

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streit Sache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 1'700.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 2. November 2017 aufgehoben und die Sache im Sinne der Erwägungen zur Vornahme weiterer Abklärungen und zu neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe unter Beilage einer Kopie von Urk. 5 - 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 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 Wilhelm

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