

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00153 vom 9. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00153

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00153 du 9 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00153 del 9 gennaio 2019

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

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte

Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend 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 objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.4

) auseinander. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich die Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt haben (BGE 141 V 281 E.

5.2.2), ist demnach klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. 4.5

Aus psychiatrischer Sicht ist – neben der attestierten Arbeitsfähigkeit –

hauptsächlich strittig, ob der Beschwerdeführer an einer Persönlichkeitsstörung leidet, wie dies von der behandelnden Ärztin Dr. Z.____

festgestellt wurde (vgl.

vorstehend E. 3.1.2, E. 3.2.1, E. 3.2.3, E. 3.2.6). Auf deren Beurteilung kann indessen nicht abgestellt werden, zumal schon Dr. A.____ in ihrem Gutachten vom April 2012 eine Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar mit dem Hinweis auf die Entwicklung-, Sozial- und Berufsbiographie beziehungsweise aufgrund fehlender Eingangskriterien für eine Persönlichkeitsstörung

ausschloss (vgl.

vorstehend E. 3.1.3). Ebenso erachtete auch RAD-Arzt med. pract. C.____ die Diagnose einer Zwangsstörung und nicht diejenige einer Persönlichkeitsstörung als massgebend (vgl. vorstehend E. 3.2.7). Namentlich fehlen bei den Angaben von Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 3.2.6) jegliche ausführlichen Angaben zur Kindheit oder Adoleszenz des Beschwerdeführers (vgl. hierzu die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour / Schmid, Hrsg., 10. Auflage, Bern 2015, S. 274 ff. und insbesondere S. 281). Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung kann deshalb nicht nachvollzogen werden.

Demgegenüber legte Dr. Y.____ in seinem Gutachten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, weshalb keine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Darauf ist abzustellen. 4.6

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

kann auf die Ausführungen von Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 3.21, E. 3.2.3 und E. 3.2.6) ebenfalls nicht abgestellt werden.

Ihre Erklärung, wonach gar keine Arbeitsfähigkeit in jeglicher Hinsicht beim Beschwerdeführer vorliegen soll und wonach die Problematik prognostisch persistieren werde (vgl. Urk. 7/55/4 Ziff. 3.3), erscheint im Hinblick auf die erhobenen Befunde einer nunmehr leicht gradigen depressiven Episode sowie der gemischten Zwangsstörung als nicht ohne weiteres überzeugend,

vor allem unter Berücksichtigung der teilweise erhaltenen Alltagsfunktionalität (selbständige Haushaltsführung) und des gewissen Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers (Kollegen treffen, Reisen, etc. bei insgesamt in sehr grossem Ausmass reduzierten Sozialaktivitäten; vgl.

vorstehend E. 3.2.3 und E. 3.2.4, Urk. 7/59 S. 37 oben).

Dabei ist eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Ohnehin sind Berichte behandelnder Haus- und Spezialärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zu Patientin und Patient zurückhaltend zu gewichten (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_787/2013 vom 14. Februar 2014 E. 3.3.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.5). 4.7

Zwar attestierte Dr. Y.____ bei den Befunden eine gesundheitliche Verbesserung, indem der Beschwerdeführer nicht mehr gehetzt, getrieben, ungeduldig, überempfindlich und gehastet, das formale Denken nicht mehr so stark eingengt auf die körperliche Befindlichkeit und er insgesamt weniger negativistisch gewesen sei. Auch sei er nicht mehr deprimiert, niedergeschlagen und affektstarr gewesen (Urk. 7/59 S.

26 f., S. 30).

Dennoch bezeichnete Dr. Y.____ das Restleistungsvermögen weiterhin als sehr stark eingeschränkt und hielt fest, es sei sicherlich eine gewisse Chronifizierung eingetreten, von der unklar sei, ob sie noch umkehrbar sei (Urk. 7/59 S. 30 unten). Im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit führte Dr. Y.____ aus, rein medizinisch-theoretisch bestehe ein Restleistungsvermögen von einigen Stunden pro Tag, maximal 4 Stunden mit Pausen (Urk. 7/59 S. 38 Mitte) beziehungsweise von 4 Stunden (Urk. 7/59 S. 39 oben). Dr. Y.____ relativierte diese Einschätzung jedoch zugleich, indem er festhielt, beim Beschwerdeführer bestehe ein ausgeprägter Widerstand gegen jegliche Veränderung und es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, wenn er mit einem solchen Ansinnen konfrontiert würde, rasch dekompensieren würde. Eine solche angepasste Tätigkeit würde überhaupt nur möglich sein, wenn der Beschwerdeführer langsam an ein solches Konzept herangeführt werden würde. Dies sei nur realistisch, wenn vorher eine entsprechend begleitende Potenzialabklärung stattfinde mit anschliessendem Übergang in

einen geschützten Arbeitsplatz. Dies wiederum würde voraussetzen, dass die Therapie optimiert beziehungsweise überhaupt erst einmal begonnen würde. Hierzu würde unter anderem auch der Versuch eines Chloralhydratentzuges gehören (Urk. 7/59 S. 39 Mitte).

Die Beschwerdeführerin kam gestützt auf die genannten Ausführungen von Dr. Y.____ beziehungsweise die Einschätzung des RAD, wonach einerseits eine Arbeitsfähigkeit von 4 Stunden in angepasster Tätigkeit bestehe, in beruflicher Hinsicht andererseits eine Potenzialabklärung mit anschließendem Übergang in einen geschützten Arbeitsplatz nötig seien (Urk. 7/62/5-6), zum Schluss, es bestehe spätestens seit der Begutachtung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in leidens angepasster Tätigkeit, weshalb die Rente herabzusetzen sei. Falls der Beschwerdeführer Unterstützung bei der Stellensuche wünsche, könne er diese mit separatem Gesuch beantragen (Urk. 2 S.

2

f.).

Diese Schlussfolgerung der Beschwerdeführerin greift zu kurz, denn aus dem Gutachten ergibt sich keine ohne Weiteres umsetz- und verwertbare 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Vielmehr machte der Gutachter Dr. Y.____ die von ihm als zumutbar erachteten rund 4 Stunden (allenfalls mit zusätzlichen Pausen) Arbeit pro Tag nicht nur abhängig von einer Intensivierung der Therapien, sondern vor allem von namhafter Begleitung und Unterstützung durch berufliche Massnahmen mit anschließendem Übergang in einen geschützten Arbeitsplatz von unbestimmter Dauer, um der Gefahr des Dekompensierens zu begegnen. Dabei setzte sich die IV-Stelle mit der widersprüchlichen Einschätzung des RAD, wonach gleichzeitig eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angepasst vorliegen soll, in beruflicher Hinsicht jedoch eine geschützte Tätigkeit nötig sei, nicht näher auseinander. Zudem liegt die gutachterlicherseits empfohlene langsame und schrittweise Heranführung an eine berufliche Tätigkeit schlussendlich auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht an einer invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigenden Dekonditionierung zufolge einer nicht krankheitsbedingten Untätigkeit oder nicht primär an der Behandlung des Leidens an sich (vgl.

Urteile des Bundesgerichts I 601/05 vom 11. August 2006 E. 2.3.2 und I 2/06 vom 23. Mai 2006 E. 2.2). Vielmehr ist gestützt auf die medizinische Aktenlage davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer das prinzipiell vorhandene erwerbliche Potential aus Gründen, die mit dem Gesundheitsschaden zusammenhängen, auch bei zumutbarer Willensanstrengung nicht in eigener Verantwortung realisieren kann. Dabei sollen im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen

den Folgen des Gesundheitsschadens zugehörige, nicht aus eigenem Antrieb überwindbare Defizite in erwerbsrelevanten Fertigkeiten ausgeglichen oder etwa das krankheitsbedingt verlorene Vertrauen in die Belastbarkeit (im Umfang der objektiven Leistungsfähigkeit) wieder aufgebaut werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts I 601/05 vom 11. August 2006 E. 2.3.2 und I 2/06 vom 23. Mai 2006 E. 2.2).

In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass Dr. A.____ in ihrem Gutachten vom 19. April 2012 explizit festgehalten hatte, dass zum damaligen Zeitpunkt berufliche Massnahmen nicht aussichtsreich gewesen seien, da die depressive Episode und die Zwangsstörung noch zu ausgeprägt seien (Urk. 7/25 S. 26). Die von Dr. Y.____ nunmehr in den Befunden beschriebene Verbesserung der depressiven Symptomatik ist denn auch –

aufgrund seiner Ausführungen zu den benötigten beruflichen Eingliederungsmassnahmen und dem Einsatz im geschützten Rahmen - dahingehend zu verstehen, dass zum Verfügungszeitpunkt vom 18. Januar 2018 noch keine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare 50%ige Arbeitsfähigkeit bestand, jedoch berufliche Eingliederungsmassnahmen wie von ihm beschrieben zumutbar sind. 4.8

Insgesamt ist damit festzuhalten, dass zwar eine gewisse Verbesserung in den Befunden eingetreten ist. Diese ist jedoch (noch) nicht geeignet, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen, da (noch) keine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt (vgl. vorstehend E. 1.2). Es ist demnach (noch) keine Rentenrevision gemäss Art. 17 ATSG möglich; die von der IV-Stelle vorgenommene Rentenreduktion erfolgte somit zu früh.

Es ist jedoch gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.____ davon auszugehen, dass berufliche Massnahmen (Potenzialabklärung mit anschliessendem Übergang in eine Tätigkeit im geschützten Bereich mit Verstärkung der therapeutischen Massnahmen) zumutbar sind. Dabei besteht gemäss Art. 7b Abs. 1 IVG die Möglichkeit, Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG zu kürzen oder zu verweigern, wenn die versicherte Person den Pflichten unter anderem nach Art. 7 IVG nicht nachkommt. Erst nach Durchführung der vom Gutachter vorgeschlagenen Massnahmen kann geprüft werden, ob tatsächlich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorliegt, welche als Grundlage für die weitere Invaliditätsbemessung genommen werden kann.

Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und die Sache – nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils - an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit diese einerseits die angeordneten therapeutischen Massnahmen (vgl. Urk. 7/60) begleite und andererseits die im Gutachten empfohlenen beruflichen Massnahmen veranlasse. Je nach weiterem Verlauf wird die Beschwerdegegnerin nach Art. 21 Abs. 4 ATSG verfahren oder erneut die Revisionsvoraussetzungen nach Art. 17 ATSG prüfen können. In dem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Damit erübrigt sich auch die Auseinandersetzung über den Leidensabzug und die Frage nach der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit. 5 . 5 .1

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr.

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.6

), weshalb zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers grundsätzlich darauf abzustellen ist. 4 .4

Dr. Y.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht gradige Episode (ICD-10 F33.0), eine gemischte Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.2), eine Substanzabhängigkeit (Chloralhydrat ; ICD-10 F13.22) sowie eine gegenwärtig abstinente Benzodiazepinabhängigkeit. Er verneinte eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit und attestierte - nach durchgeführter Potenzialabklärung und Übergang in einen geschützten Arbeitsplatz - für eine angepasste Tätigkeit rein quantitativ eine Restarbeitsfähigkeit von vier Stunden (vgl. vorstehend E. 3.2.4).

Im Gutachten setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend mit den Standardindikatoren (vgl. vorstehend E.

E. 2

Der Versicherte erhob am 7. Februar 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. Januar 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 13. März 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 17. April 2018 (Urk. 9) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 12), was dem Beschwerdeführer am 14. Mai 2018 (Urk. 13) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Entscheidung (Urk. 2) damit, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung verbessert habe und diesem seither leichte körperliche Tätigkeiten oder leichte Bürotätigkeiten zu 50 % zumutbar seien. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich, bei welchem kein leistungsbedingter Abzug zu gewährleisten sei, resultiere ein Invaliditätsgrad von 60 % und somit ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (S. 2 f.).

E. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor (Urk. 1), es sei ihm ein leistungsbedingter Abzug von mindestens 10 % zu gewähren, wenn nicht sogar ein solcher von 15 %, was zu einem Invaliditätsgrad von 71.57 % und demzufolge zu einer ganzen Rente führe (S. 7). Bei verbleibender Resterwerbsfähigkeit von gerundet 30 % sei es auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zudem nicht mehr realistisch, eine Anstellung zu finden (S. 8).

In der Replik (Urk. 9) präzisierte der Beschwerdeführer, es sei keine gesundheitliche Verbesserung eingetreten, namentlich bestehe ein stationärer Zustand, weshalb kein Revisionsgrund vorliege (S. 2).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert hat, mithin ob ein Revisionsgrund vorliegt und falls dies zu bejahen wäre, der leistungsbedingte Abzug und die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit.

Nachdem die Beschwerdegegnerin im Zuge des amtlichen Revisionsverfahrens im

Jahre 2013 nur eine rudimentäre Überprüfung des Rentenanspruchs vorgenommen hat (vgl. Feststellungsblatt vom 3. Oktober 2013, Urk. 7/47), ist als Vergleichsbasis, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verändert hat, der Gesundheitszustand, wie er sich im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 9. Oktober 2012 (Urk. 7/33; Urk. 7/40) präsentiert hat, heranzuziehen. 3.3.1

Der erstmaligen Rentenzusprache lagen die folgenden Arztberichte zugrunde: 3.1.1

Am 18. Mai 2011 berichtete Dr. med. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, der Taggeldversicherung des Beschwerdeführers (Urk. 7/11/5-6). Sie nannte als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen sowie ein Abhängigkeitssyndrom von Hypnotika (Benzodiazepine), gegenwärtig abstinent (Ziff. 1a). Dem Beschwerdeführer fehle es derzeit an Motivation und Antrieb, einer Arbeit nachzugehen. Jegliche Anforderung würde in eine Überforderung münden. Die Anforderungen eines beruflichen Alltags würden derzeit die Belastbarkeit übersteigen, Kommunikation und Kooperation wären reduziert, die Fehlerquote bei Tätigkeiten jedwelcher Art wäre unverantwortlich hoch (Ziff. 1c). Bei Fortsetzung der bisherigen Behandlung (psychotherapeutische Behandlung im Einzelsetting, Kriseninterventionen) werde die Episode remittieren, dann werde die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt sein (Ziff. 3 a-c). 3.1.2

Dr. Z.____ nannte in ihrem Bericht vom 25. Januar 2012 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/21) die folgenden Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) seit Herbst 2010 - anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) - Abhängigkeitssyndrom Sedativa/Hypnotika (Benzodiazepine), gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.20), anamnestisch mehrere Jahre, abstinent seit Januar 2011 Die

berufliche, zeitintensive Tätigkeit als Produktmanager habe der Beschwerdeführer zuletzt mit Hilfe fester Rituale und Benzodiazepinmissbrauch

aufrechterhalten. Per 31. Oktober 2011 sei ihm gekündigt worden, was ihn wie ein Schock getroffen habe. Im Frühsommer 2011 habe eine suizidale Krise bestanden, nach dem sich zusätzlich seine Partnerin von ihm getrennt habe. Ein erneuter Partnerschaftsversuch habe seine suizidale Krise vorläufig beendet. Seither sei eine Stabilisierung auf prekärem Niveau mit depressiver Stimmung, anhaltenden Schlafstörungen und perfektionistisch-rigiden Verhaltensmustern eingetreten (Ziff. 1.4). Aktuell besehe seit dem 25. Januar 2011 sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit (vgl. Ergänzende Fragen, Urk. 7/21/5). 3.1.3

Am 19. April 2012 erstattete Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ein von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenes psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/25). Gestützt auf die ihr zur Verfügung gestellten Akten und ihre eigenen Untersuchungen und Beobachtungen im Rahmen der Begutachtung vom 19. April 2012 nannte sie die folgenden Diagnosen (S. 23): - mittelschwere bis knapp schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) bei - Burn-out durch jahrelange Ausschöpfung der Ressourcen im Rahmen einer schweren Belastungssituation im Arbeitsbereich (ICD-10 Z73.0) - Zwangsstörung, Zwangsgedanken und Zwangshandlungen (Zwangsrituale) gemischt (ICD-10 F42.2) - Störung durch Benzodiazepine,

Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.20) bei nichtorganischer Insomnie (ICD-10 F51.0) Die Gutachterin führte aus, die Entwicklungs-, Sozial- und Berufsbiographie liessen keine Hinweise auf eine etwaige strukturelle Entwicklungs-/Persönlichkeitsstörung, tiefgreifende Verhaltens- oder Beziehungsstörungen eruieren (S. 20 Mitte). Die Mitteilung der Entlassung aus dem Arbeitsbetrieb am 13. Januar 2011 und damit der Verlust des einzigen Lebensinhaltes der vergangenen sieben Jahre habe den Beschwerdeführer in eine schwere depressive Phase zurückgeworfen. Auch die Zwangssymptomatik habe sich im Verarbeitungsprozess des ersten Jahres nach der Entlassung zugespitzt (S. 21 unten). Der Beschwerdeführer sei in seinem bisherigen Aufgabenbereich als Produktmanager eines Elektronikgroszkonzerns aufgrund der gegenwärtig anhaltenden mit teils bis knapp schweren depressiven Episode (einer rezidivierenden depressiven Störung) und der ebenso ins Gewicht fallenden Zwangsstörung seit 25. Januar 2011 vollständig und durchgehend arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit gelte generell für eine Tätigkeit in der freien Wirtschaft. Sowohl die Zwangsstörung als auch die depressive Störung beeinträchtigen Kognition, Belastbarkeit, Ausdauer, Anpassungsfähigkeit, Antrieb und soziale Kompetenzen in derart hohem Masse, dass für Tätigkeiten in der freien Wirtschaft von einer aktuell 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden müsse. Es könne keine Tätigkeit, in der eine Restarbeitsfähigkeit gegeben wäre, beziehungsweise keine angepasste Tätigkeit in der freien Wirtschaft genannt werden (S. 24 unten). Berufliche Massnahmen würden zum jetzigen Zeitpunkt nicht aussichtsreich erscheinen, da die depressive Episode und die Zwangsstörung noch zu ausgeprägt seien. Eine berufliche Reintegration werde erst nach einer weiteren intensiven Therapiephase ab Ende 2013 sinnvoll anzustreben sein. Es sei auf die aus arbeitsmedizinischer Sicht positive Prognose hinzuweisen, dies aufgrund der differenzierten Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers mit guter Reflektions- und Introspektionsfähigkeit sowie einer glaubwürdigen Motivation, sich beruflich wieder zu integrieren. Voraussichtlich werde langfristig eine Tätigkeit in einem weniger exponierten Bereich (Backoffice) in Verkauf oder Technik sinnvoll anzustreben sein. Aus heutiger Sicht erscheine nach weiterer Therapie und beruflicher Integration das Erreichen einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit innerhalb von zwei Jahren (per Ende 2013) realistisch (S. 26). 3.2

Den Verlauf nach der Rentenzusprache betreffend liegen die folgenden medizinischen Berichte vor: 3.2.1

Am 23. September 2013 berichtete Dr. Z.____ (Urk. 7/46), der Beschwerdeführer leide weiterhin an einer mittelgradigen rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), an einer anankastischen (zwanghaften) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.5) sowie an einem Abhängigkeitssyndrom (Benzodiazepine, ICD-10 F13.20), gegenwärtig abstinent (Ziff. 1.1). Gegenüber ihrem Bericht vom 25. Januar 2012 (vgl.

vorstehend E. 3.1.2) bestünden kaum Veränderungen. Es sei eine Stabilisierung auf prekärem Niveau mit depressiver Stimmung, anhaltenden Schlafstörungen und perfektionistisch-rigiden Verhaltensmustern, welche sich ausweiteten, eingetreten (Ziff. 1.4). Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in angestammter als auch in einer angepassten Tätigkeit (Ziff. 1.6 f.). 3.2.2

Med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 26. September 2013 zur medizinischen Situation Stellung (Urk. 7/47/3) und gelangte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer bei bekannten

Diagnosen und unveränderten Funktions einschränkungen weiterhin vollständig arbeitsunfähig sei. 3.2.3

Dr. Z.____ berichtete am 14. Juni 2015 (Urk. 7/52) bei gleichbleibender Diag nose (vgl. vorstehend E. 3.2.1) von einem stationären Gesundheitszustand bei vollständiger Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2.1).

Am 26. September 2015 (Urk. 7/55) präziserte Dr. Z.____ , gegenüber den Vorberichten gebe es kaum Veränderungen. Es bestehe eine Stabilisierung auf prekärem Niveau mit depressiver Stimmung, anhaltenden Schlafstörungen und perfektionistisch-rigiden Verhaltensmustern, die sich ausweiteten (Ziff. 1.3). Aktuell finde eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit regel mässigen, durchschnittlich zwei wöchentlichen Konsultationen im Einzelsetting in delegierter Psychotherapie statt (Ziff. 3.1). Die Diagnosen seien keine von einander gelösten Entitäten, sondern in der Person des Beschwerdeführers komplex verflochten. Ein stationärer Aufenthalt wäre zwar naheliegend, wenn die Diagnose der Depression losgelöst betrachtet werden könnte, doch stehe dem die zwanghafte Persönlichkeitsstörung entgegen, die durch einen regulierten Klinikbetrieb äusserst negativ aktiviert werden würde. Nach der Entlassung habe der Beschwerdeführer ein stark strukturiertes Leben aufgebaut, das sich vor wiegend in seiner Wohnung abspiele und zwanghaft ritualisiert verlaufe. Täglich verlasse er sein Zuhause wenigstens einmal, um Essen zu gehen, gelegentlich auch um einen Kollegen zu treffen oder um mit seinem Auto eine kleine Ausfahrt zu machen. Jährlich unternehme er auch mindestens eine Reise an einen Ort, den er noch von seiner Berufstätigkeit her genau kenne, weswegen er sich gut darauf vorbereiten könne (Ziff. 7). 3.2.4

Dr. Y.____ erstattete am 28. Januar 2017 ein von der Beschwerdegegnerin veranlasstes psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/59). Er nannte gestützt auf die ihm überlassenen Akten und seine eigene gutachterliche Untersuchung vom 14. Dezember 2016 (vgl. S. 2) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31): - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) - gemischte Zwangsstörung mit vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F43.2) - Substanzabhängigkeit (Chloraldrat), gegenwärtig Gebrauch (ICD-10 F13.22) - Benzodiazepinabhängigkeit , gegenwärtig abstinent (ICD-10 F13.20) Der Gutachter führte aus, im psychiatrischen Querschnitt zeige sich beim Beschwerdeführer eine leicht gedrückte bis euthyme Stimmung ohne Schwingungs fähigkeit zum positiven Pol. Antrieb, Gestik und Psychomotorik seien unauffällig. Eigenanamnestisch beschreibe der Beschwerdeführer elabo rierte Zwangsrituale, vor allem Dinge in den Bereichen Schlafen und Essen. Des Weiteren bestünden zahlreiche Ängste, zum Teil diffuser, zum Teil situationsbe zogener Natur (S. 23 f.). Eine Persönlichkeitsstörung habe nicht eruiert werden können, da es keine klaren Belege dafür gebe, dass beim Beschwerdeführer seit der Kindheit oder spätestens Jugend eine ausgeprägte invalidis ierende zwang hafte Symptomatik vorläge (S. 24 unten). Hinsichtlich der Standardindikatoren (vgl. S. 33 ff.) hielt der Gutachter fest, es bestehe als invaliditätsfremde Faktoren eine lange Abwesenheit vom Arbeits markt (S. 33). Die Zwangsstörung und die depressive Störung verstärkten sich gegenseitig negativ. Die depressionsbedingten negativistischen und dys funktio nalen Kognitionen führten zur Aufrechterhaltung der Zwangsrituale. Die zeitfres sende Ausführung der Zwangsrituale verursache beim Beschwerde führer Enttäu schung darüber, dass er diese nicht abstellen könne und sie einen erheblichen Teil seines Alltags bänden, was wiederum die depressiven Kognitionen und die damit verbundene geringe Einschätzung des eigenen Rest

leistungsvermögens und der Selbstwirksamkeitserwartung verstärke (S. 34 f.). Hinsichtlich der Konsistenz gebe es keine Diskrepanzen (S. 36). In seiner früher ausgeübten Tätigkeit als Produktmanager bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Anerkennung der Rente bestehe. Es gebe keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsunfähigkeit in der Zwischenzeit niedriger gewesen sei (S. 37 f.). Rein medizintheoretisch bestehe in einer angepassten Tätigkeit ein Restleistungsvermögen von einigen Stunden pro Tag, maximal vier Stunden mit Pausen. Die von der behandelnden Psychiaterin Dr. Z.____ pauschal gemachte Angabe des fehlenden Restleistungsvermögens sei nicht plausibel. Der Beschwerdeführer habe eine Wegefähigkeit, mache Ausflüge mit dem Auto und auch Urlaubsreisen nach Thailand. Er komme dort auch nach Eigenangaben gut zurecht. Er könne seinen Haushalt erledigen und die Angelegenheiten des täglichen Lebens regeln, einschliesslich seiner Finanzen. Somit gebe es ein gewisses Restleistungsvermögen für eine angepasste Tätigkeit. Aufgrund seiner zahlreichen Zwangsrituale, seiner konstanten Ambivalenz und Ambitendenz, könne der Beschwerdeführer zumindest zum jetzigen Zeitpunkt einen 8-stündigen Arbeitstag keinesfalls ableisten. Infrage kämen leichte körperliche Tätigkeiten oder leichte Büroarbeiten. Es bestehe bei ihm ein ausgeprägter Widerstand gegen jegliche Veränderung. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, wenn er mit einem solchen Ansinnen konfrontiert wäre, rasch dekompensieren würde. Eine solche angepasste Tätigkeit wäre überhaupt nur möglich, wenn der Beschwerdeführer langsam an ein solches Konzept herangeführt werden würde. Dies sei nur realistisch, wenn vorher eine entsprechend begleitende Potenzialabklärung stattfindet mit anschliessendem Übergang in einen geschützten Arbeitsplatz (S. 39). Dies wiederum würde jedoch voraussetzen, dass eine leitliniengerechte psychiatrische Behandlung mit Psychopharmakotherapie sowie einer störungsspezifischen Psychotherapie begonnen werden würde (S. 40). 3.2. 5

RAD-Arzt med. pract. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erachtete in seiner Stellungnahme vom 9. März 2017 (Urk. 7/62 S. 5 f.) das Gutachten von Dr. Y.____ (vgl. vorstehend E. 3.2.4) als schlüssig und nachvollziehbar und legte gestützt darauf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wie folgt fest: Keine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit (leichte körperliche Tätigkeiten oder leichte Büroarbeiten) bestehe seit dem Zeitpunkt der Begutachtung (Dezember 2016) eine Arbeitsfähigkeit von vier Stunden täglich. Als medizinische Massnahme sei die Therapie leitliniengerecht zu optimieren sowie zu versuchen, das Medikament Chloralhydrat zu entziehen (S. 5). Hinsichtlich beruflicher Massnahmen sei gemäss Gutachter eine Potenzialabklärung mit anschliessendem Übergang in einen geschützten Arbeitsplatz angezeigt (S. 6). 3.2.6

Dr. Z.____ nahm zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers am 20. Juli 2017 Stellung zum Gutachten von Dr. Y.____ (Urk. 7/73). Sie sei entgegen der Ansicht des Gutachters der Auffassung, beim Beschwerdeführer bestehe nicht eine gemischte Zwangsstörung sondern eine anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (Ziff. 1) und begründete dies näher (Ziff. 1.1 1.5).

Ferner kritisierte sie die Aussage des Gutachters über die ausgeprägte Veränderungsresistenz und die Andeutung, wonach der hohe sekundäre Krankheitsgewinn zusätzlich veränderungshemmend wirke. Die Haltung des Beschwerdeführers zu Veränderungen, zu medikamentösen oder stationären Behandlungen sowie zu Arbeitsversuchen und

Potenzialabklärungen sei vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörung verständlich (Ziff. 1.6). Die unterschiedlichen Diagnosen erlauben die unterschiedliche Bewertung der bisherigen Behandlung und die unterschiedliche Einschätzung zu den Chancen zukünftiger Behandlungen. Eine leitliniengerechte Behandlung einer Zwangsstörung sei bei tatsächlichem Vorliegen einer anankastischen (zwanghaften) Persönlichkeitsstörung selbstredend nicht angebracht (Ziff. 2). 3.2.7

RAD-Arzt med. pract. C.____

nahm zur Frage der Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung beziehungsweise gemischten Zwangsstörung am 8. Januar 201

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

00.-- 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. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nadja Hirzel - 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 dem 5. 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann Brühwiler

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