

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00585 vom 10. Januar 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00585](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00585)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00585 du 10 janvier 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00585 del 10 gennaio 2020

## **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 Geburts gebrech en, Krankheit oder Unfall sein, Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die 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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

### **E. 1.4**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert,

so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 die ser

Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuankündigung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.5**

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 hinichtlich 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. 1.6**

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 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 ausge wiesen 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. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.7**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

### **E. 2**

Dagegen liess der Versicherte am 29. Juni 2018 Beschwerde erheben und beantragen, die Beschwerdegegnerin sei zur Erbringung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere zur Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 100 % rückwirkend spätestens ab März 2016 zu verpflichten (Urk. 1 S. 3). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 4. September 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), wovon dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. September 2018 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 7).

Auf die Vorbringen der Parteien und die Akten wird, soweit für die Entscheidung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente im angefochtenen Entscheid mit der Begründung, dem Beschwerdeführer sei zwar seine bisherige Tätigkeit als Vermessungshelfer nicht mehr zumutbar, jedoch sei er in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Stossen von über zwölf Kilogramm und ohne Überkopfarbeit vollständig arbeitsfähig. Zudem verfüge der Beschwerdeführer über zahlreiche Ressourcen, welche der im Gutachten gestellten Diagnose widersprechen. Auch sei ersichtlich, dass soziale Einflüsse wie die Kündigung der Arbeitsstelle massgeblichen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

gehabt hätten; dieselben könnten aber in der Invalidenversicherung nicht berücksichtigt werden ( Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen vorbringen, dass er gemäss dem selbst vom RAD als beweiskräftig erachteten Gutachten der A.\_\_\_\_

vom 10. Mai 2017 vollumfänglich arbeits- und damit erwerbsunfähig sei. Entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin hätten bereits im Jahr 2013 erste Anzeichen für eine psychische Erkrankung vorgelegen; die Annahme, seine psychische Erkrankung sei einzig auf die Stellenlosigkeit zurückzuführen, sei aktenwidrig. Vielmehr erhelle die medizinische Aktenlage, dass er die Erwerbsfähigkeit auch im Falle, dass er wieder eine Stelle hätte, nicht zurückgewinnen würde. Was die Ressourcenprüfung der Beschwerdegegnerin anbelange, erweise sich dieselbe als überaus konstruiert und im Widerspruch zu den diesbezüglichen Feststellungen im Gutachten der A.\_\_\_\_ stehend ( Urk. 1 S. 8 ff.).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin ist mit dem angefochtenen Entscheid unbestrittenermassen auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 23. Juni 2015 ( Urk. 6/34) eingetreten. Streitig und zu prüfen ist daher, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 15. Mai 2014 in einer für den Rentenanspruch relevanten Weise verschlechtert hat, wobei der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers

in der ursprünglichen Verfügung mit der Begründung, es habe

keine die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit dauerhaft oder höhergradig einschränkende Leiden vorliegen, verneint worden war ( Urk. 6/29) . 3. 3.1

Der Verfügung vom 15. Mai 2014 lag in medizinischer Hinsicht unter anderem ein Bericht von Dr. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, eingegangen bei der Verwaltung am 9. Juli 2013 (vgl. Aktenverzeichnis, in: Urk. 6), zugrunde. Dr. C.\_\_\_\_, bei welcher der Beschwerdeführer vom 16. April bis 3. Mai 2013 initial wegen eines Infekts der oberen Atemwege in Behandlung stand, schrieb ihn aufgrund des Infektes vom 16. bis 23. April 2013 arbeitsunfähig. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mass sie den Diagnosen eines COPD, eines nicht-erholsamen Schlafes unklarer Ätiologie (DD: obstruktives Schlafapnoesyndrom, depressive Stimmungslage) und einem Status nach chronisch ste nosierender Sigmadivertikulitis bei ( Urk. 6/10/1-4). Der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ lag unter anderem ein von ihr veranlasster Untersuchungsbericht von Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Pneumologie und Innere Medizin, vom 21. Juni 2013 zugrunde ( Urk. 6/10/6-10).

Am 25. Oktober 2013 unterzog sich der Beschwerdeführer bei einem Verdacht auf eine relevante koronare Problematik einer Koronarangiographie mit PTCA/Stent vom proximalen RIVA. Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin, Kardiologie F.\_\_\_\_, schrieb den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 28. Oktober 2013 für körperlich belastende Tätigkeiten vom 25. Oktober bis 1. November 2013 arbeitsunfähig ( Urk. 6/20/7-9). Dr. C.\_\_\_\_ empfahl am 6. Dezember 2013 eine Reduktion des Arbeitspensums auf 80 bis 90 % als überdenkenswert ( Urk. 6/21/2).

Gestützt auf diese medizinische Aktenlage schloss die RAD-Ärztin

Dr. G.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Innere Medizin, das Vorliegen eines Leidens, welches die bisherige Tätigkeit dauerhaft und höhergradig einschränke, aus. Eine 10-20%ige Pensumreduktion, wie von der Hausärztin empfohlen, sei medizinisch kaum begründbar

(Urk. 6/22/3, vgl. auch: Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 9. April 2014, Urk. 6/28/2). 3.2.3.2.1

Im Rahmen der hier zu prüfenden Neuanmeldung vom 23. Juni 2015 erwähnte der Beschwerdeführer einen Unfall und verwies auf eine am 11. März 2015 aufgenommene psychiatrische Behandlung (Urk. 6/34/5).

Einem Bericht der Klinik H.\_\_\_\_, Zentrum I.\_\_\_\_, vom 17. Dezember 2014 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im November 2014 bei der Arbeit gestolpert und auf das rechte Knie gefallen sei und seither an Schmerzen leide. Die zuständigen orthopädischen Fachärzte der Klinik H.\_\_\_\_ führten die Beschwerden auf eine aktivierte Arthrose und eine degenerative Meniskusläsion zurück und empfahlen konservative Massnahmen (Urk. 6/56/4-6). 3.2.2

Am 16. März und 2. Juli 2015 unterzog sich der Beschwerdeführer zur Abklärung einer seit knapp 20 Jahren bestehenden Durchschlafstörung mit vermehrter Tagesmüdigkeit einer Untersuchung in der Klinik für Pneumologie des Universitätsspital J.\_\_\_\_. Das festgestellte obstruktive Schlafapnoesyndrom verbesserte sich gemäss Bericht vom 16. März 2015 (wohl irrtümliche Datierung, Urk. 6/54/143) durch den Einsatz einer aCPAP-Beatmung. Bezüglich des zusätzlich diagnostizierten Asthma bronchiale sei der Beschwerdeführer zurzeit beschwerdefrei. 3.2.3

In einem Bericht zu Handen der Taggeldversicherung vom 18. Mai 2015 stellte die seit 11. März 2015 behandelnde Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, K.\_\_\_\_, die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome gemäss ICD-10: F32.2 und einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10: F43.1. Aufgrund der Schwere der Krankheit werde der Beschwerdeführer neben den wöchentlichen Einzelgesprächen mit einer einschleichenden antidepressiven Medikation therapiert. Die Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei im Moment noch schwierig, weil sich die Behandlung mit der Einstellung auf das Antidepressivum noch in der Anfangsphase befinde. Vermutlich sei aufgrund der Schwere der Symptome und der Multimorbidität eine stationäre Rehabilitationsbehandlung zur beruflichen Reintegration notwendig (Urk. 6/54/15-16). Gemäss Akten des Taggeldversicherers schrieb die behandelnde Psychiaterin den Beschwerdeführer im Nachgang zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von Dr. C.\_\_\_\_ ab 16. März 2015 zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 6/54/2, 6/54/8). 3.2.4

Die psychiatrische Diagnose im Austrittsbericht der Klinik

Z.\_\_\_\_ zum Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 14. Oktober bis 23. Dezember 2015 lautete auf eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom gemäss ICD-10: F32.11 (Urk. 6/51/1). Anamnestisch habe der Beschwerdeführer unter anderem angegeben, dass er sich nach mehreren Unfällen seit Jahren von einem Arzt zum anderen geschickt und mit Medikamenten vollgepumpt fühle. Er habe kein Vertrauen mehr. Im Dezember 2014 habe er sich bei der Arbeit in übermüdetem Zustand am Knie verletzt und sei seither krank geschrieben. Zuvor habe er Mitte Oktober einen Autounfall verursacht;

seitdem sei er verunsichert und zunehmend depressiv. Er fühle sich gestresst, mache sich Sorgen um die Zukunft und seine Gesundheit. Er habe Schmerzen im Kopf, den Beinen, im Magen, der Blase und auch in den Knien (Urk. 6/51/1 f.). Im Laufe des stationären Aufenthaltes sei dem Beschwerdeführer eine leichte psychische und physische Stabilisierung gelungen. Alleine, auf sich selbst gestellt oder auch an den Wochenenden zu Hause scheine er sich aber weitgehend in depressiver Grundstimmung begleitet von einem dauernden Stresserleben befunden zu haben. Aufgrund des deutlich depressiven, klagsamen Zustandes bei Austritt mit geäußerten passiven Todeswünschen und Angst vor einem Rückfall in die soziale Isolation seien mit dem Beschwerdeführer mögliche sozialpsychiatrische Angebote besprochen worden, um eine geregelte Tagesstruktur und soziale Kontakte weiterhin aufrecht erhalten zu können. Vom 14. Oktober 2015 bis 4. Januar 2016 wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Urk. 6/51). In einem Bericht der Klinik Z.\_\_\_\_ zu Händen der Taggeldversicherung vom 16. Dezember 2015 wurde der Beschwerdeführer als mittelfristig nicht arbeitsfähig beurteilt (Urk. 6/54/169).

### 3.2.5

Dr. C.\_\_\_\_ bezeichnete den Zustand des Beschwerdeführers in ihrem Bericht vom 12. Februar 2016 als verschlechtert. Der Beschwerdeführer leide seit 2015 an einer mittelgradigen depressiven Episode, einem Status nach Unfall 2014 mit Knieverletzung und nun chronischen Beschwerden sowie an einer chronischen Schlafstörung. Die Beurteilung der Leistungsfähigkeit erfolge durch die behandelnde Psychiaterin (Urk. 6/56/1-3).

### 3.2.6

Letztere stellte in ihrem Bericht vom 12. September 2016 folgende Diagnosen (Urk. 6/61/1): - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) anamnestisch seit zirka zwei Jahren bestehend - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) - bei Polyarthrose (Hüfte beidseits, Knie rechts, Gonalgie beidseits) - Lumbovertebralsyndrom - Chronischen Kopfschmerzen (früher Migräne, aktuell Spannungskopfschmerzen) - Anamnestisch seit zwei Jahren bestehend - Obstruktives Schlafapnoesyndrom gemäss ICD -10 G47.31 anamnestisch seit 06/2015 mit a CPAP behandelt

Weitere somatische Diagnosen seien bei der Hausärztin zu erfragen.

Neben den wöchentlichen Therapiesitzungen sei der Beschwerdeführer vom 15. März bis 10. Juni 2016 teilstationär im Sanatorium L.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung gestanden und suche seit 8. August 2016 die tagesklinische Behandlung in der psychiatrischen Klinik M.\_\_\_\_ auf, welche voraussichtlich noch weitere fünf Monate weitergeführt werde. Aus psychiatrischer Sicht lägen Konzentrationsstörungen, eine verminderte Merkfähigkeit und eine grosse Erschöpfbarkeit bei chronischer Müdigkeit und Stressintoleranz sowie eine verminderte Belastbarkeit bei chronischen Schmerzen vor. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit seit 11. März 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Tätigkeit an einem ruhigen Arbeitsplatz ohne Zeitdruck sei ihm zu maximal 20 bis 30 % zumutbar, wobei aufgrund der depressiv verursachten kognitiven Einschränkungen mit qualitativen Einbussen und verlangsamtem Tempo gerechnet werden müsse (Urk. 6/61/1-7). Die psychiatrischen Diagnosen von K.\_\_\_\_ finden im Austrittsbericht des Sanatoriums L.\_\_\_\_ zur teilstationären Behandlung vom 15. März bis 10. Juni 2016 Bestätigung (Urk. 6/61/13).

### 3.2.7

Die im Dezember 2016 durchgeführte polydisziplinäre Abklärung (internistisch/rheumatologisch/psychiatrisch) des Beschwerdeführers in der A.\_\_\_\_ führte zu folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/80/13): - Retropatellare Arthrose und Gonarthrose beidseits (ICD-10 M22.4, ICD-10 M17) bei/mit - normal erhaltener Beweglichkeit beider Kniegelenke, keine Zeichen einer aktivierten Arthrose - Bilaterale Coxarthrose (ICD-10 M16) bei/mit - normal erhaltener Beweglichkeit der Hüftgelenke - Myotendinotisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2, ICD-10 M54.6, ICD-10 M54.5)

bei/mit - funktioneller Fehlstatik der Wirbelsäule wegen Insuffizienz der para vertebralen und der

abdominalen Muskulatur, diskrete links-/rechts konvexe

thorakolumbale Skoliose, keine Hinweise auf segmentale Dysfunktion der gesamten Wirbelsäule - leichtgradige degenerative Veränderung der HWS - Myotendinotisches

Impingementsyndrom der Schulter (ICD-10 M75.4) bei/mit - ausgeprägter Verspannung des Musculus

trapezius rechtsseitig, Fehlhaltung der

Wirbelsäule

mit Rotation der Schulterachse nach vorne

- begleitender AC-Gelenksarthrose - Sonographisch wenig Mikroverkalkungen im Ansatzbereich der Supraspinatus- und

Subscapularissehne (Sonographie vom 20.12.2016) im Sinne einer minimalen Tendinitis calcarea beidseits (ICD-10 M75.3) - Persistierende depressive Störung mit persistierender Episode einer Major Depression, DSM 5

Die beteiligten Gutachter kamen gestützt auf die Ergebnisse der Teilbegutachtungen im Rahmen des Konsenses zum Schluss, dass die internistischen Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, obstruktives Schlafapnoesyndrom, metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Adipositas Grad I BMI 33, COPD, vgl. Urk. 6/80/13) durch die durchgeführten Therapien gut stabilisiert seien und keine relevanten funktionellen Störungen nach sich zögen. Aus rheumatologischer Sicht fänden sich degenerative Veränderungen im Bereich der Hüft- und Kniegelenke, welche als mittelgradig einzustufen seien und den Beschwerdeführer bei körperlichen Tätigkeiten wie dem Tragen von Messgeräten oder anderen Gegenständen einschränken würden. Auch sei die Belastbarkeit der Kniegelenke bei endphasigen Bewegungen eingeschränkt. Zusätzlich führe die muskuläre Dekonditionierung und die muskuläre Dysbalance zu einer verminderten Leistungsfähigkeit und Belastungstoleranz des axialen Skeletts bei schweren körperlichen Tätigkeiten. Es lägen somit somatische Diagnosen vor, welche aber teilweise behandelbar und reversibel seien. Alleine deshalb wäre eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gemäss Einschätzung der Gutachter wieder herstellbar. Gemäss dem rheumatologischen Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ sei die angestammte Tätigkeit als körperlich schwer zu betrachten und heute nicht mehr möglich (Urk. 6/80/36).

Dominierend sei jedoch

das psychische Krankheitsbild, welches einen gravieren den Schweregrad aufweise und aufgrund dessen die üblichen Anforderungen an eine Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt nicht erfüllt werden könnten ( Urk. 6/80/14 ff.). Der zuständige Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. O.\_\_\_\_, führte in seiner Beurteilung aus, dass sich beim Beschwerdeführer alle drei als typisch klassifizierten Symptome der depressiven Episode (gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb/erhöhte Ermüdbarkeit) fänden. Zusätzlich zeige er sechs von sieben der anderen häufigen Symptome und es bestehe ein somatisches Syndrom mit fünf von acht geforder ten Merkmalen. Laut Unterlagen sei die mittelschwere bis schwere depressive Episode seit knapp zwei Jahren dokumentiert, jedoch bestehe der dringende Verdacht, dass die depressive Symptomatik schon vorher bestanden habe, so dass von einem chronischen Verlauf gesprochen werden müsse. Da dies im aktuellen ICD-10 nicht explizit aufgeführt sei, werde die DSM-Diagnose einer persistierenden depressiven Störung verwendet, welche explizit auch die Persistenz einer Major Depression beinhalte. Nicht bestätigt werden könne die im Austrittsbericht des Sanatoriums L.\_\_\_\_ gestellte Nebendiagnose einer chronifizierten Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, würden doch gemäss den aufliegenden Akten als relevante Beschwerden längst nicht nur Schmerzen geschildert. Allenfalls könne eine Somatisierungsstörung diagnostiziert werden, jedoch stehe die persistierende depressive Symptomatik ohnehin im Vordergrund. Aufgrund der Ausprägung derselben sei eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt zurzeit kaum realisierbar und lediglich eine Tätigkeit im geschützten Rahmen denkbar.

Konkret eingeschränkt sei der Beschwerdeführer aufgrund der verminderten Konzentration und Aufmerksamkeit, die Arbeitsleistung sei durch die depressive Stimmungslage vermindert, die Genauigkeit mittelgradig, das Arbeitstempo mit teil- bis schwergradig eingeschränkt. Der Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der Akten nicht schlüssig eruiert werden, seien doch stets die somatischen Beschwerden im Vordergrund gestanden. Gestützt auf die Aktenlage sei aber darauf zu schliessen, dass die Arbeitsunfähigkeit seit März 2015 vorliege ( Urk. 6/80/42). In der polydisziplinären Zusammenfassung wurde die Entwicklung dahingehend dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand im Bereich des Bewegungsapparates schleichend verschlechtert habe und eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als Vermessungsassistent seit Februar 2015 im Gegensatz zu einer angepassten Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei; der psychische Gesundheitszustand lasse seit Februar 2015 auch eine angepasste Tätigkeit nicht mehr zu ( Urk. 6/80/19). 3.2.8

Dr. B.\_\_\_\_ des RAD erachtete das Gutachten der A.\_\_\_\_ gemäss ihrer Stellungnahme vom 24. Mai 2017 als voll beweiskräftig ( Urk. 6/88/8). 4. 4.1

Unbestritten und aufgrund der medizinischen Aktenlage erstellt ist, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers insbesondere aufgrund der teilweise arthrotisch bedingten Beschwerden im Bereich der Knie und der Hüfte seit Erlass der Verfügung vom 15. Mai 2014 ( Urk. 6/29) relevant verschlechtert hat. Gemäss

dem für die Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes von beiden Parteien zu Recht als beweiskräftig erachteten Gutachten der A.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2017 ist dem Beschwerdeführer aufgrund der sich seit Mai 2014 allmählich verschlechterten objektiven rheumatologischen Befunde die angestammte Tätigkeit als Vermessungshelfer nicht mehr zumutbar (vgl. Urk. 6/80/19 und 6/80/36). Was den Beginn der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aufgrund der somatischen Befunde anbelangt, schloss Dr. N.\_\_\_\_

in Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage nachvollziehbar darauf, dass die Kniekontusion vom November 2014 zu keiner anhaltenden Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit geführt habe und dass aus rheumatologischer Sicht kein genauer Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden könne, weshalb sich - wie von Dr. N.\_\_\_\_ vertreten (Urk. 6/80/34 f.) – die Annahme der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erst ab dem Zeitpunkt der Begutachtung rechtfertigt.

## 4.2

### 4.2.1

Auch hinsichtlich der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes erweist sich das Gutachten der A.\_\_\_\_ als beweiskräftig .

Dr. O.\_\_\_\_

stützte seine Diagnose einer persistierenden depressiven Störung mit persistierender Episode einer Major Depression, DSM 5, begründet und nachvollziehbar auf den von ihm erhobenen Psychostatus vom 20. Dezember 2016 , welcher in Auseinandersetzung mit den Vorakten

sowie unter Bezugnahme auf die Vorgaben der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V(F), wie auch des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-5, herausgegeben von der American Psychiatric

Association , erging. Überzeugend erweist sich seine Beurteilung insbesondere auch hinsichtlich des Schlusses auf die Chronizität des Geschehens ( Urk. 6/80/41 f.), nachdem in den fachpsychiatrischen Unterlagen seit März 2015 durchgehend eine mittelschwere bis schwere depressive Episode dokumentiert ist ( Urk. 6/51/1, 6/54/15-16, 6/54/169 , 6/61/1 ) . Begründet erscheint zudem der Schluss von Dr. O.\_\_\_\_ auf das Vorliegen einer Somatisierungsstörung gemäss ICD-10: F45.0 ( Urk. 6/80/41), wobei unerheblich ist, dass er diesbezüglich von der Diagnosestellung der behandelnden Psychiatrin leicht abweicht (vgl. Urk. 6/61/1), ist doch letztlich nicht die Diagnose, sondern allein entscheidend, ob die Beschwerden zu einer ausgewiesenen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_501/2008 vom 15. Juli 2008 E. 2.2.1 und 9C\_166/2013 vom 12. Juni 2013 E. 4.2.2). 4.2.2

Was seine Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit seit März 2015 infolge des depressiven Geschehens anbelangt, steht diese in Einklang mit sämtlichen übrigen in den Akten liegenden fachpsychiatrischen Beurteilungen ( Urk. 6/54/2, 6/54/169 , 6 / 54/301 -302 ). Zudem schloss sich die RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ dieser Beurteilung an ( Urk. 6/88/8). Einzig K.\_\_\_\_ erwog in ihrem Bericht vom

12. September 2016 die Möglichkeit einer maximal 20-30%igen Tätigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit an einem ruhigen Arbeitsplatz ohne Zeitdruck. Selbst in diesem Rahmen müsse jedoch aufgrund der kognitiven Einschränkungen aufgrund der depressiven Symptomatik mit qualitativen Einschränkungen und verlangsamtem Arbeitstempo gerechnet werden ( Urk. 6/61/3), womit auch diese Beurteilung nicht auf eine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht schliessen lässt.

Zwar ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen, dass eine psychische Störung kein Krankheitswert im Sinne der Invalidenversicherung zukommt, wenn sich das klinische

Beschwerdebild einzig in Beeinträchtigungen, welche von belastenden psychosozialen oder soziokulturellen Faktoren herrühren, erschöpft (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Hierauf aber lassen die Akten nicht schliessen. Auch wenn die Argumentation der Beschwerdegegnerin, wonach die psychischen Beschwerden erst nach der Kündigung der Arbeitsstelle aufgetreten seien (Urk. 2 S. 2), insofern als nicht offensichtlich unrichtig erscheint, als der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage erst seit

der Kündigung seines Arbeitsverhältnisses durch die Arbeitgeberin vom 16. Februar 2015 (Urk. 6/54/11)

nicht mehr arbeitete (vgl. Urk. 6/54/140) und die im März 2015 begonnene psychiatrische Behandlung bei K.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 6/54/15) auf eine durch die Kündigung ausgelöste Krise hindeutet, so erweist sich das psychische Beschwerdebild des Beschwerdeführers aufgrund der medizinischen Aktenlage doch klarerweise als ein verselbständigtes psychisches Leiden.

So gilt es zunächst zu berücksichtigen, dass sich bereits in den medizinischen Akten zur Erstanmeldung, mithin während des laufenden Arbeitsverhältnisses Hinweise auf eine allfällige depressive Komponente finden lassen (vgl. Urk. 6/10/1 mit der Unterdiagnose einer depressiven Stimmungslage, Urk. 6/21/17 mit dem Hinweis auf eine Stimmungskomponente). Mit Blick auf die Abgrenzung psychosozialer Umstände

vom versicherten Gesundheitsschaden erweist sich aber insbesondere die Konsensbeurteilung im Gutachten der A.\_\_\_\_, wonach die gesundheitliche Einschränkung auch bei einem Wegfall der invaliditätsfremden Faktoren (fortgeschrittenes Alter, mangelnde Sprachkompetenz, niedriges Bildungsniveau und Problematik der beruflichen Eingliederung nach 30jähriger Tätigkeit im gleichen Unternehmen) im Vordergrund stehen und einer Arbeitsfähigkeit entgegenstehen würde (Urk. 6/80/15), als unmissverständlich. Diese in Kenntnis der sozialen Belastungen durch die Arbeitslosigkeit infolge Kündigung und die auslaufenden Taggelder (vgl. Urk. 6/80/16) erfolgte ärztliche Beurteilung lässt den Schluss auf ein im Wesentlichen psychosozial bedingtes und durch die psychosozialen Umstände aufrecht erhaltenes Beschwerdebild nicht zu. Zudem weist die von Dr. O.\_\_\_\_

festgestellte Chronifizierung der depressiven Störung (Urk. 6/80/41 f.) ebenfalls deutlich auf ein verselbständigtes psychisches Leiden hin.

Letztlich lassen auch die übrigen im Recht liegenden fachpsychiatrischen Berichte nicht darauf schliessen, dass beim Beschwerdeführer im Wesentlichen nur Befunde vorliegen, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Vielmehr sprechen sich sämtliche psychiatrischen Fachpersonen dafür aus, dass beim Beschwerdeführer ein erhebliches medizinisches Substrat im Sinne eines durchwegs zumindest mittelgradig bis zumeist schwergradig depressiven Zustandsbildes vorliege, ohne dass psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren als im Vordergrund stehend oder als von besonderer Bedeutung erwähnt werden (vgl. Urk. 6/54/15-16, 6/51/3-5, 6/61/15).

Damit erweist sich das Gutachten der A.\_\_\_\_

auch hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung als grundsätzlich beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage.

Im Zusammenhang mit der Bemerkung am Ende des Gutachtens der A.\_\_\_\_, wonach es sich um eine andere Beurteilung einer im Wesentlichen unveränderten Situation handle (Urk. 6/80/43), ist festzustellen, dass es sich dabei offensichtlich nicht um einen Vergleich mit der Situation im Mai 2014 handelt, sprach sich der Konsens unter Ziff. 1 der Zusatzfragen doch explizit für eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Februar/März 2015 aus (Urk. 6/80/19). 4.3 4.3.1

Steht somit aus medizinisch-gutachterlicher Sicht eine gesundheitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen fest, gilt es nachfolgend die Rechtsfrage zu klären, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen der Gutachter mit der Prüfung der nach BGE 141 V 281 rechts erheblichen Standardindikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG schliessen lassen (BGE 144 V E. 4.3, 143 V 418 E. 7). Denn die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren (vgl. nachstehende E. 4.3.2) schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Diese mit BGE 143 V 418 auf sämtliche psychischen Leiden für anwendbar erklärte Rechtsprechung kommt auch im hier zu beurteilenden Fall zum Tragen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). 4.3.2

Beim mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 festgelegten strukturieren, normativen Prüfungsraster (präzisiert in BGE 143 V 418 E. 5.2 und E. 8.1) sind die funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens mit den folgenden Standardindikatoren vermehrt zu gewichten, wobei den Umständen des Einzelfalls Rechnung zu tragen ist (BGE 141 V 281 E. 4):

Unter die Kategorie « funktioneller Schweregrad » fällt der Komplex « Gesundheitsschädigung » (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde (E. 4.3.1.1; präzisiert in BGE 141 V 418 E. 5.2), dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungsresistenz (E. 4.3.1.2) und den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3; präzisiert in BGE 141 V 418 E. 8.1), ausserdem der Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex « Sozialer Kontext » (E. 4.3.3). Unter der Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) sind die gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant. 4.3.3

Die Überprüfung der Standardindikatoren gestützt auf das Gutachten der A.\_\_\_\_, welches noch vor der massgebenden Rechtsprechung (vgl. vorstehende E. 4.3.1 und 4.3.2) erstellt wurde und sich folglich nicht daran orientieren konnte, wie auch die übrige Aktenlage erlauben eine schlüssige Beurteilung der psychiatrischen Beschwerden im Lichte der

massgeblichen Indikatoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_74/2018 vom 25. Juni 2018 E. 4.2) und führen zu folgendem Ergebnis:

Zum Komplex « Gesundheitsschädigung », insbesondere zum Indikator « Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde »

schlossen die beteiligten Gutachterpersonen

gestützt auf die psychiatrischen Befunde von Dr. O.\_\_\_\_ auf das Vorliegen einer schwerwiegenden psychischen Störung ( Urk. 6/80/14 ).

Mit Blick auf den Indikator « Behandlungserfolg oder – resistenz » ist dem Gutachten der A.\_\_\_\_ wie auch der übrigen Aktenlage zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer neben der wöchentlichen Gesprächstherapie bei K.\_\_\_\_ seit März 2015 medikamentös mit Antidepressiva behandelt wird ( Urk. 6/61/2-3), sich eine r

mehr als zwei Monate dauernden stationären Behandlung in der Klinik

Z.\_\_\_\_

sowie anschliessend einer teilstationären Behandlung im Sanatorium L.\_\_\_\_

und danach eine tagesklinische Behandlung in der psychiatrischen Klinik M.\_\_\_\_

unterzogen hat ( Urk. 6/51, 6/61/13 ), wobei er sich stets kooperativ zeigte ( Urk. 6/61/2).

Der Konsens im Gutachten der A.\_\_\_\_ ging folglich zutreffend davon aus, dass die bisherige psychiatrische Therapie lege artis durchgeführt worden sei und die Kooperation des Beschwerdeführers vorgelegen habe ( Urk. 6/80/17 ).

Dr. O.\_\_\_\_ erachtete den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers denn auch als « stabil schlecht » und nur unter sehr positiven Umständen im Rahmen einer intensivierten (stationären) Therapie bei sehr engmaschiger Begleitung als allenfalls verbesserbar ( Urk. 6/80/43).

Hinsichtlich des Indikators „ Komorbiditäten " erachteten die Gutachter zwar die internistischen Diagnosen als gut kompensiert, wiesen aber im Zusammenhang mit allfälligen Wechselwirkungen auf die rheumatologischen Diagnosen hin ( Urk. 6/80/17 ).

Mit Blick auf den Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und « Sozialer Kontext », lässt sich dem Gutachten der A.\_\_\_\_ entnehmen, dass Dr. O.\_\_\_\_

vor allem der schweren depressiven Störung per se ressourcenhemmende Wirkung beimisst. Zwar ist der Beschwerdegegnerin in diesem Zusammenhang darin zuzustimmen ( Urk. 2 S. 2), dass die stabile Partnerbeziehung des Beschwerdeführers gemäss Aktenlage eine klare Ressource darstellt (vgl. Urk. 6/61/16, 6/80/16) . Jedoch besteht gemäss Dr. O.\_\_\_\_ ein sozialer Rückzug mit Kontaktvermeiden ( Urk. 6/80/41). Negativ wirkten sich zudem die sozialen Belastungen der Arbeitslosigkeit und das baldige Ende der Taggeldbeurteilung aus ( Urk. 6/80/16).

Auf eine massgebliche Restarbeitsfähigkeit lässt denn auch die Konsistenzprüfung nicht schliessen, ergibt sich doch in Bezug auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (vgl. BGE 141 V 291 E. 4.4.1) aus den Akten, dass der Beschwerdeführer nach dem Besuch der Tagesklinik zwar regelmässig etwas in der Stadt isst

und versucht, wenigstens noch zwei Stunden in der Stadt zu verweilen. Dies jedoch lediglich, weil er, sobald er zu Hause sei, ins Bett gehen, was nicht gut sei. Zu Hause wolle er nur seine Ruhe, schaue TV, könne aber keiner Sendung folgen. Deshalb habe er angefangen, Lego-Modelle zu bauen, woran er aber auch scheiterte, was ebenfalls Stress verursache (Urk. 6/80/39). Aus diesem therapeutisch anmutenden Beschäftigungsversuch ein inkonsistentes Aktivitätsniveau ableiten zu wollen (vgl. diesbezügliche Argumentation der Beschwerdegegnerin, in: Urk. 2 S. 2), trägt der Art und Schwere der gesundheitlichen Störung des Beschwerdeführers nicht Rechnung. So lässt sich den Akten entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 2) auch keine massgebliche Beteiligung des Beschwerdeführers an der Hausarbeit entnehmen: Gemäss Anamnese im rheumatologischen Teilgutachten der A.\_\_\_\_ sei er einzig für die Entsorgung des Kartons zuständig und für das Mittagessen (Urk. 6/80/29), welches er aber ja – wie oben ausgeführt – regelmässig in der Stadt einnimmt. Auch sind den Akten, ausser dem Versuch, Lego-Modelle zu bauen und Mandalas zu malen, keine weiteren Aktivitäten im Bereich Freizeitgestaltung zu entnehmen. Ausser Besuchen bei der Tochter der Partnerin (Urk. 6/80/39), welche wohl regelmässig in Begleitung der Partnerin erfolgen, und einem geplanten Besuch der

Eltern in Spanien, welche er seit über einem Jahr nicht mehr gesehen habe (Urk. 6/80/39), finden sich in den Akten keine Hinweise auf weitere soziale Kontakte und damit einhergehende Aktivitäten, welche auf massgebliche Ressourcen schliessen liessen.

Letztlich fanden die Gutachter auch keinen Anhalt für Diskrepanzen oder ein inkonsistentes Verhalten (Urk. 6/80/18).

Zusammenfassend bestätigt die Indikatorprüfung im Lichte der massgeblichen Aktenlage, dass der Beschwerdeführer abgesehen von seiner Partnerschaft über keine massgeblichen Ressourcen verfügt, welche es ihm ermöglichen, die aus seiner schweren depressiven Störung resultierenden erheblichen funktionellen Einschränkungen zu überwinden. Die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die zuständigen Gutachter der A.\_\_\_\_

und durch sämtliche übrigen beteiligten psychiatrischen Fachpersonen findet in der Prüfung der

massgebenden normativen Rahmenbedingungen Bestätigung. 4.4

Zusammenfassend ist damit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der psychischen gesundheitlichen Einschränkungen auszugehen, wobei der Beginn des Wartjahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG auf den Zeitpunkt der Aufnahme der psychiatrischen Behandlung bei C.\_\_\_\_ am 1. März 2015 und die seither fachärztlich bestätigte Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 6/54/2, 6/54/15 f., 6/54/169, 6/54/301-302) festzusetzen ist. Gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b in Verbindung mit Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG hat der Beschwerdeführer folglich ab März 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

Die Beschwerde ist nach dem Gesagten gutzuheissen. 5. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Entsprechend hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Sache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom

6. Juni 2018 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. März 2016 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 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. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 5. 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 Vogel Muraro

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

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