

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00776 vom 20. Dezember 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00776](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00776)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00776 du 20 décembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00776 del 20 dicembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 19 62 geborene X.\_\_\_\_, ohne Berufsausbildung, reiste im August 19 80 in die Schweiz ein und arbeitete zuletzt vom 1. August 2015 bis am 5. Januar 2016 an der Universität Y.\_\_\_\_ als Angestellter im Technischen Dienst in einem 90%-Pensum (Urk. 7/1 und Urk. 7/10). Am 25. Mai 2016 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein nicht entfernbares Aneurysma, Hepatitis B/Leberzirrhose und Depressionen bei der Sozialversicherungsanstalt Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1).

Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zog die IV-Stelle zunächst einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 7/1).

#### **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 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 6 ATSG).

#### **E. 1.3**

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 Erwerbsein kommen 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 unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit geh end 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. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebe nenfalls 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. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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, wa rum 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 ge stellten 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 psy chischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Dar legung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schluss folgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Exper te oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebe nenfalls 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.

### 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dass der Beschwerdeführer nach umfassender medizinischer Untersuchung seit dem 1. Februar 2016 in seiner Arbeitsfähigkeit als Angestellter im technischen Dienst eingeschränkt sei. Es liege eine Einschränkung in angestammten und angepassten Tätigkeiten von 20

% vor.

Damit der Anspruch einer Invalidenrente jedoch nicht stehen könne, müsse die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres mindestens 40

% betragen. Somit sei kein Leistungsanspruch entstanden (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, dass die 20%-ige Leistungseinschränkung auf das psychiatrische A.\_\_\_\_-Teilgutachten zurückgehe. Dieses stehe jedoch hinsichtlich der darin enthaltenen Diagnosen, deren Ausprägung und der damit einhergehenden Leistungseinschränkung im Widerspruch zu verschiedenen Vorakten. Zudem seien nicht sämtliche psychische Leiden erkannt und hinlänglich gewürdigt worden. Das psychiatrische Teilgutachten stehe in deutlichem Widerspruch zum Austrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 sowie zum Bericht von Dr. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 3. Juli 2018. Somit vermochte der psychiatrische Teilgutachter die medizinischen Zusammenhänge während des kurzen Begutachtungstermins nicht einleuchtend darzulegen. Die Beurteilung sei nicht umfassend, da das Ausmass und der Schweregrad der psychischen Beeinträchtigungen nicht hätte n erkaunt werden können. Das Teilgutachten vermöge auch der vom Bundesgericht neuerdings vorgeschriebenen Indikatorenprüfung nicht zu genügen. Darüber hinaus habe er diese Kritik bereits im Einwandverfahren vorgebracht. Die Beschwerdegegnerin habe sich jedoch in der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2018 überhaupt nicht mit seinen Einwänden auseinandergesetzt

(Urk. 2). 3.

### 3.1

Zunächst ist - da formeller Natur (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1, 127 V 431 E. 3d/aa) - auf die Rüge des Beschwerdeführers, die angefochtene Verfügung vom 14. August 2018 (Urk. 2) sei ungenügend begründet, da sie sich in keiner Weise mit seinen im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden auseinandersetze, einzugehen (Urk. 1 S. 6). 3.2

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte

beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehenden Gerichtsverfahren behoben würden. Der Umstand, dass eine solche Heilungsmöglichkeit besteht, rechtfertigt es demnach nicht, auf die Anhörung des Betroffenen vor Erlass eines Entscheides zu verzichten. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen. Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleich gestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 357 E).

2b, 116 V 182 E. 3c und d). 3.3

Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 29. März 2018 (Urk. 7/ 55 ) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt hatte, machte der Beschwerdeführer bereits mit Einwand vom 17. Juli 2018 (Urk. 7/ 66 ) den Inhalt der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 1-6)

geltend. Daraufhin begründete die Beschwerdegegnerin ihre Entscheidung in der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2018 nur äussert knapp und setzt sich darin mit den hervorgebrachten Einwänden gar nicht auseinander (Urk. 2 vgl. auch E. 2.1 ). Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, gestützt auf welche Überlegungen die Beschwerdegegnerin auf eine Leistungseinschränkung von 20

% kommt und weshalb die Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres nicht durchschnittlich 40

% betragen hat und daher kein Rentenanspruch entsteht. Hingegen gibt das in den Akten enthaltene Feststellungsblatt für den Beschluss vom 29. März 2018 bzw. das Feststellungsblatt Einwand vom 14.

August

2018 Auskunft zu den Überlegungen der Beschwerdegegnerin (Urk.

7/54 und Urk.

7/68). Dem Beschwerdeführer, der die Akten bereits im Verwaltungsverfahren bezog (Urk. 7/56), war es auf dieser Grundlage möglich, sein Anliegen im Beschwerdeverfahren sachgerecht vorzutragen, wobei das angerufene Sozialversicherungsgericht zudem über

volle Kognition verfügt und sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüft (vgl. § 18a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ]), weshalb der Mangel der Gehörsverletzung vorliegend geheilt werden kann. Hiervon ging offensichtlich auch der Beschwerdeführer aus, verzichtete er doch auf einen Rückweisungsantrag zur Gewährung des rechtlichen Gehörs (vgl. Urk. 1 S. 2).

Zu prüfen ist damit im Folgenden, ob die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Versicherten zu Recht verneint hat. 4. 4 .1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2018 auf das interdisziplinäre Gutachten vom 8. März 2018 ab (Urk. 7/ 50). Darin werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/ 50 S. 2-6, S. 17 f. und S. 20 f.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 4 .2

Dr. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und

Dr. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, hielten im A.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Februar 2018

folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/ 50 S. 23): - Rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode, ICD-10: F33.0 - Inzidentelles Aneurysma der A. communicans

anterior, ICD-10: I 67.10, ED 2012, im Verlauf laut Angabe grössenkonstant bis 11/2017 - Medialbetonte Gonarthrose rechts sowie Arthralgie Knie links, ICD-10: M17.0 - Arthralgien von Fingergelenken unklarer Spezifität, ICD-10: M15.9 - DD: Im Rahmen einer beginnenden Finger-Polyarthrose - Chronisch-rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, ICD-10: M54.5

Ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie folgendes: - Arterielle Hypertonie, ICD-10: I

## **E. 6**

)

und holte Arztberichte (Urk. 7/8, Urk. 7/11-12 und Urk. 7/15) sowie einen Arbeitgeberbericht der Universität Y.\_\_\_\_ ein (Urk. 7/10). Mit Mitteilung vom 28. Oktober 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/16). Des Weiteren forderte die IV-Stelle bei der Pensionskasse BVK das vertrauensärztliche Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_, Spezialarzt für Allgemeine Medizin, vom 27. Januar 2017 an (Urk.

7/25) und holte die neusten Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/27-28, Urk. 7/32, Urk. 7/35 und Urk. 7/39). Mit Mitteilung vom 9. August 2017 teilte die IV-Stelle dem Versicherten erneut mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/37). In der Folge liess die IV-Stelle den Versicherten durch das

Institut A.\_\_\_\_ interdisziplinär (allgemein-internistisch, neurologisch, psychiatrisch und rheumatologisch) begutachten (Expertise vom 27. Februar 2018, Urk.

## **E. 6.1**

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2 ; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). 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 (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 ). 6 .2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

## **E. 6.3**

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden leichten depressiven Störung leidet. Der Beschwerdeführer ist arbeitslos und befindet sich in einer schwierigen wirtschaftlichen Lage. Er fühlt sich subjektiv nicht arbeitsfähig. All dies kann dazu beitragen, dass er sich durch seine Beschwerden mehr eingeschränkt fühlt, als dass es den objektivierbaren Befunden entspricht

( Urk. 7/50 S. 15).

Der Beschwerdeführer befindet sich in regelmässiger psychiatrischer Behandlung ( Urk. 7/50 S. 9). Die Therapie ist gemäss dem psychiatrischen Teilgutachter als leg artis anzusehen. Allerdings sollte eine Reduktion der Psychopharmaka in Betracht gezogen werden, da der Beschwerdeführer 12 Stunden schläft und am Morgen noch müde ist . Auch bestehen keine weiteren Therapieoptionen. Es ist nicht davon auszugehen, dass die ausgeprägte Krankheitsüberzeugung, nach der keine Arbeit mehr möglich ist, durch eine Psychotherapie wesentlich beeinflusst werden kann ( Urk. 7/50 S. 16) .

Als Komorbidität zu berücksichtigen sind die verschiedenen somatischen Leiden, welche beim Beschwerdeführer zu einer leichten depressiven Störung geführt haben ( Urk. 7/ 50 S. 12 ).

Was den Komplex «Persönlichkeit» anbelangt, gilt es zu beachten, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Der Beschwerdeführer weist lediglich impulsive Persönlichkeitszüge auf, welche jedoch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht einschränken (Urk. 7/50 S).

#### **E. 7**

/ 65-66) . Mit Verfügung vom 14. August 2018

verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 13.

September 2018 Beschwerde und beantragte, ihm sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung rückwirkend ab dem 1. Mai 2017 eine unbefristete, ganze IV-Rente auszurichten, eventualiter sei die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen, insbesondere psychiatrische Abklärungen, zurückzuweisen (Urk. 1 und Urk. 3). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2018 die Abweisung der Beschwerde (Urk.

6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **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).

#### **E. 10**

- Chronische Spannungstyp-Kopfschmerzen, ICD-10 : G44.2, aktuell Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerzen, ICD-10: G44.4 - Impulsive Persönlichkeitszüge, ICD-10: Z43.1 - Status nach Benzodiazepinabhängigkeit, ICD-10: 13.20 - Psychologische Faktoren bei anders klassifizierten Krankheiten ICD-10: F54 - Leberzirrhose Child- Pugh A bei nicht alkoholischer Fettlebererkrankung gemäss Unterlagen : - Status nach Hepatitis B - Aktuelle normale Leberparameter bis auf leicht erhöhte GPT von 65,8

U/I (<41) - Splenomegalie unklarer Ätiologie gemäss Unterlagen, ICD-10: R16.1 - Verdacht auf Thalassaemia minor, ICD-10 : D56.9 - Hypochrome, mikrozytäre

Erythrozyten - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, ICD-10 : G47.3 - Prostatahyperplasie, ICD-10 : M40

Dazu führten die Gutachter in der interdisziplinären Zusammenfassung aus, dass aus psychiatrischer Sicht die rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflusst. In den bisherigen Tätigkeiten sowie in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20

%. Da der Beschwerdeführer etwas unruhig, nervös und leicht reizbar sei, seien Tätigkeiten zu bevorzugen, die er weitgehend selbst bestimmen und ohne grosse soziale Kontakte

ausüben könne. Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund des inzidentellen Aneurysmas eine Arbeitsunfähigkeit für körperliche Schwerarbeiten. Auch aus rheumatologischer Sicht seien körperlich schwere Tätigkeiten und Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung aufgrund der Gonarthrose rechts, der Arthralgien am linken Knie und an den Fingergelenken und des chronisch rezidivierenden lumbovertebralen Schmerzsyndroms ungeeignet. Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit mit leichter bis intermittierend mittelstarker Rückenbelastung und ohne langes Stehen oder Gehen sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Aus allgemeininternistischer Sicht lasse sich keine weitere Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit finden (Urk. 7/50 S. 24).

Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80% in körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, adaptierten Tätigkeiten festgestellt werden. Dies treffe auch auf die angestammten Tätigkeiten zu. Das Pensum könne mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement

vollschichtig umgesetzt werden. Aufgrund der anamnestischen Angaben, den Untersuchungsbefunden, der vorliegenden Dokumentation sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeit könne eine Einschränkung im erwähnten Ausmass ab Februar 2016 angenommen werden. Es bestünde rückwirkend keine Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer während längerer Zeit jemals an einer mittelgradigen oder schweren depressiven Episode gelitten habe. Die Einschränkung bezüglich körperlicher Schwerarbeit bestehe seit der Diagnosestellung des Aneurysmas im November 2012. Zwischen der Beurteilung und der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, welcher sich für gar nicht mehr arbeitsfähig halte, bestehe eine Diskrepanz. Ursächlich dafür seien in erster Linie wahrscheinlich invalidenversicherungsfremde Faktoren wie die fehlende berufliche Ausbildung, der schwierige Arbeitsmarkt und ein eventuell vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar und könnten daher nicht empfohlen werden (Urk. 7/50 S. 25). 4.3

Dr. C. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 3. Juli 2018 zum A. \_\_\_ -Gutachten zuhanden des Anwalts des Beschwerdeführers folgende Diagnosen fest (Urk.

7/ 65 / 1 ): - Anhaltende wahnhaftige Störung, ICD-10: F22.0, hypochondrischer Natur - Differenzialdiagnose: Schizophrenia

simplex mit hypochondrischem Wahn - Rezidivierende depressive Störung - Aktuell mittelgradige depressive Episode,

ICD-10: F33.10 - Status nach Benzodiazepin-Abhängigkeit, ICD-10 :

F41.0 - Anamnestisch Panikstörung, ICD-10 :

F41.0 - Als Kind Symptome kompatibel mit einer ADHS, ICD-10 : F90.0 - Arterielle Hypertonie - Hirnaneurysma der A. communicans

anterior - Thalassaemia minor - Splenomegalie - Leberzirrhose - Schlafapnoe-Syndrom - Polyarthrose - Prostatahyperplasie Stadium I - Chronisch Spannungskopfschmerzen

Sie führte aus, dass sich die wahnhaftige Störung des Beschwerdeführers aus den um seine Gesundheit kreisenden Ängsten aufgebaut habe. Die Feststellung, wie sie in A. \_\_\_ -Gutachten hervorgehoben worden sei, dass per se keine der gestellten organischen

Diagnosen lebensbedrohlich oder akut sei, wirke auf den Beschwerdeführer nicht überzeugend. Er könne sich von den Sorgen um seine jeweiligen somatischen Beschwerden nicht mehr distanzieren, was einem hypochondrischen Wahn entspreche. Die aktuelle Episode sei zudem nicht die erste depressive Episode, unter der der Beschwerdeführer leide. Bereits im Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_\_

vom 27. Januar 2017 und im Bericht der Klinik B.\_\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 sei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt worden (Urk. 7/65/2-5). Die Medikation werde den chronisch immer wechselnden Schlafstörungen des Beschwerdeführers jeweils angepasst. Abgesehen von diesem ungünstigen Schlafzustand sei er bereits lange arbeitslos und habe zu wenig Tagesstruktur. Die sich wandelnden Schlafstörungen stünden im Einklang mit seinem hypochondrischen Wahn. Zudem habe sich der Beschwerdeführer bemüht, während der Begutachtung den bestmöglichen Eindruck zu erzielen, und habe ein Aktivitätsniveau vorgetäuscht, das bereits zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr vorhanden gewesen sei. Er schäme sich zuzugeben, dass er über fast keine Eigeninitiative mehr verfüge. Leider habe sich der Zustand des Beschwerdeführers in den letzten Monaten ziemlich verschlechtert. Im Moment sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (Urk. 7/65/5-6). 5.5.1

Das A.\_\_\_\_\_ -Gutachten vom 8. März 2018 (Urk. 7/50) beruht auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) verfasst (Urk. 7/50 S. 2-6, S. 17 f. und S. 20 f.). Die vorhandenen Arztberichte wurden sorgfältig gewürdigt (7/50 S. 9 und S. 14). Die Gutachter haben detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers ausführlich auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das Gutachten des A.\_\_\_\_\_ erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.5). 5.2

Aus den Akten ergibt sich, dass der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht umstritten ist und die im A.\_\_\_\_\_ -Gutachten festgestellte Leistungseinschränkung von 20

% auf das psychiatrische Teilgutachten zurückgeht (vgl. E.

4.2 und

Urk. 1 S. 3). 5.3

Aus psychiatrischer Sicht kritisierte der Beschwerdeführer sodann das Gutachten in verschiedener Hinsicht. Er machte unter anderem geltend, in Bezug auf die Diagnose müsse auf die Einschätzung von Dr.

C.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 3. Juli 2018 (E. 4.3) abgestellt werden. Gemäss Dr.

C.\_\_\_\_\_ leide der Beschwerdeführer an einer wahnhaften Störung hypochondrischer Natur (ICD-10: F22.0) und einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10: F.32.1). Zudem stellte sie die Verdachtsdiagnose einer

Schizophrenia

simplex mit hypochondrischem Wahn

und berichtete anamnestisch über eine Panikstörung ( Urk. 1 S. 3).

Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Teilgutachter sämtliche von Dr. C.\_\_\_\_ erhobenen Befunde berücksichtigt und in die Beurteilung einfließen liess ( Urk. 7/50 S. 3-6 und S. 14 ). Der Umstand allein, dass behandelnde Fachärzte eine vom eingeholten Gutachten abweichende Meinung äussern, gibt nicht Anlass zu weiteren Abklärungen und vermag das Gutachten nicht in Frage zu stellen; anders würde es sich dann verhalten, wenn die behandelnden Ärzte konkrete objektiv fassbare Aspekte namhaft machen, die den ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen sie sich nicht befasst haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2006 U 58/06 E. 2.2) – was vorliegend allerdings nicht der Fall ist.

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde schlüssig dargelegt, dass beim Beschwerdeführer kein wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen festgestellt werden konnten. Es

wurde jedoch durchaus anerkannt, dass der Beschwerdeführer sehr auf seine somatischen Erkrankungen fixiert ist und sich aus seinen Sorgen um die bestehenden körperlichen Erkrankungen, was nicht mit Wahnvorstellungen gleichzusetzen ist, schliesslich eine depressive Störung entwickelt. In der Begutachtung konnte aber

nur ein leicht depressives Zustandsbild erkannt werden (Urk.

7/50 S.

12).

Bezüglich des

geäusserten Verdachts einer Schizophrenia

simplex mit hypochondrischem Wahn gilt es darauf hinzuweisen, dass die se

in keinem anderen Arztbericht bestätigt wurde. Durch die Äusserung einer Verdachtsdiagnose wird der erforderliche Beweisgrad nicht erreicht, weshalb vorliegend nur schon unter diesem Aspekt nicht vom Vorliegen einer Schizophrenia

simplex ausgegangen werden kann. Darüber hinaus fehlt es auch an einer Denk- oder Affektstörung, was gemäss dem psychiatrischen Teilgutachter zwingend notwendig ist, um eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis

diagnostizieren zu können (Urk. 7/50 S. 14). Das erst auf Nachfrage vom Beschwerdeführer angegebene nur gelegentliche Stimmenhören (vgl. Urk. 7/50 S. 11) ist nach dem psychiatrischen Teilgutachter ein normales psychologisches Phänomen, welches 10 bis 15 % der Bevölkerung aufweist, wenn es nicht mit anderen Symptomen einer schizophrenen Erkrankung im Zusammenhang steht, was vorliegend nicht der Fall ist (Urk. 7/50 S. 13).

Ferner berichtete der Beschwerdeführer in der Begutachtung über keine Ängste (Urk. 7/50 S.

## **E. 12**

). Der psychiatrische Teilgutachter vermutet daher, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Angstzustände eher von seinem Benzodiazepinabus

herstammten (Urk. 7/50 S. 14). Im Gesamten lassen Arztberichte der behandelnden Ärzte aber die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E.

1.2.4, 124 k 170 E. 4) zu Tage treten und die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Die Ausführungen von Dr. C.\_\_\_\_ vermögen somit das Gutachten entsprechend nicht zu entkräften. 5.4

Der Beschwerdeführer brachte weiter vor, dass die Einschätzung des psychiatrischen Teilgutachters, es bestünde keine Hinweise für das Vorliegen von mittelgradigen oder schweren depressiven Episoden während einer längeren Zeit, in deutlichem Widerspruch zum Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2017 und dem Austrittsbericht der Klinik B.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2017 stünde. In Beiden Berichten sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden (Urk. 1 S.

4). Dem ist entgegenzuhalten, dass der psychiatrische Teilgutachter seine abweichende Einschätzung im Gutachten ausführlich und nachvollziehbar begründete

(Urk. 7/50 S. 14). Ferner enthalten die Akten keine Indizien, welche die Behauptung des Beschwerdeführers sowie diejenige von Dr. C.\_\_\_\_, das Aktivitätsniveau sei in der Begutachtung wegen mangelnder Krankheitseinsicht vorgetäuscht worden, stützen würden.

Darüber hinaus stellen die Gerichte präzisierend im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die „Aussagen der ersten Stunde“ ab, denen in beweiswürdiger Hinsicht grösseres Gewicht zu kommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 2a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis). Demzufolge erscheint vorliegend die Diagnose einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung nicht als überwiegend wahrscheinlich. 5.5

Auch die Kritik des Beschwerdeführers an der Dauer der psychiatrischen Abklärung (Urk. 1 S. 5) vermag das psychiatrische Teilgutachten sowie dessen Schlussfolgerungen nicht in Zweifel zu ziehen. Denn es kommt gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Bundesgerichtsurteil 8C\_768/2011 vom 7. Februar 2012 E. 5.3.2), was vorliegend der Fall ist (E. 5.1). 5.6

Zusammenfassend ist das Gutachten vom 8. März 2018 voll beweiskräftig. Von weiteren Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin von einer 20

% Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Februar 2016 ausging, was in der nachfolgenden Erwägung auch die bei der Prüfung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei sämtlichen psychiatrischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standortindikatoren bestätigen. 6.

## **E. 13**

und S. 15).

Des Weiteren führt der Beschwerdeführer bis auf die Wäsche und das Einkufen den Haushalt selbständig und unternimmt täglich einen ca. zweistündigen Spaziergang (Urk. 7/50 S. 7 und S. 11).

Als Ressourcen, die zum Komplex «sozialer Kontext» zählen, ist die Beziehung des Beschwerdeführers zu seiner Ehefrau zu nennen, mit welcher er in einer 4-Zimmerwohnung lebt und

von welcher er starke Unterstützung erhält. Sie telefoniert ihm täglich mehrmals. Mit seinen Familienangehörigen hat er auch regelmässig telefonischen Kontakt. Demgegenüber besteht im Übrigen

aber ein sozialer Rückzug (Urk. 7/50 S. 11 und S. 16).

Zum - beweisrechtlich entscheidenden - Aspekt der «Konsistenz» ist zunächst festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vor dem Hintergrund der invaliditätsfremden Faktoren dazu tendiert, seine Beschwerden zu verdeutlichen (Urk. 7/50 S. 15) sowie zu dramatisieren (Urk. 7/50 S. 14).

Zudem bestehen genügend Ressourcen, welche eine Arbeitsfähigkeit begründen. Der Beschwerdeführer erfährt viel Unterstützung von seiner Ehefrau (Urk. 7/50 S. 11 und S. 16), verfügt über einen geregelten Tagesablauf und weist ein hohes Aktivitätsniveau aus (Urk. 7/50 S. 7 und S. 11).

Eine Gesamtschau über alle Indikatoren ergibt, dass die vom psychiatrischen Te gutachter postulierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20

% in den bisherigen und angepassten Tätigkeiten mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als plausibel erscheint. 7.

Demnach liegt beim Beschwerdeführer seit dem 1. Februar 2016 eine Leistungseinschränkung von 20

% in bisherigen und angepassten Tätigkeiten vor, weshalb die Voraussetzungen für eine Invalidenrente nicht erfüllt sind (E. 1.2). Die angefochtene Verfügung, erweist sich damit als rechtsens. Die Beschwerde ist abzuweisen 8.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand & Versicherungen AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst  
Wantz

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