

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00298 vom 10. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00298

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00298 du 10 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00298 del 10 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1971 geborene X.____, Elektromonteur mit Fähigkeitszeugnis, meldete sich am 25. März 2010 unter Hinweis auf eine chronische Depression, eine Soziophobie sowie eine Erschöpfungsdepression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 12/8). Am 11. Februar 2013 sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten mit Wirkung ab 1. Januar 2011 eine Viertelsrente zu (Urk. 12/118).

Im Januar 2015 leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision ein (Urk. 12/204) und stellte mit Verfügung vom 10. Februar 2016 (Urk. 12/233) die bisher ausgerichtete Viertelsrente ein. Daneben wies sie ein vom Versicherten am 23. September 2015 gestelltes Begehren um Wiederaufnahme des Eingliederungsverfahrens (Urk. 12/222) ab. Die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 12/239/8-21) hiess das hiesige Gericht mit Urteil vom 20. Juni 2017 (Urk. 12/252/1-15, Prozess IV.2016.00310) in dem Sinne gut, als dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wurde, damit diese

weitere medizinische Abklärungen betreffend die dem Versicherten aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht aktuell zumutbare Arbeitsleistung durchführe und hernach über dessen Anspruch auf eine Rente neu befinde. Bezüglich der vom Versicherten gestellten Anträge um Zusprechung von Integrationsmassnahmen respektive berufliche Eingliederungsmassnahmen wurde auf die Beschwerde nicht eingetreten (S. 5 f. Ziff. 3, S. 12 Ziff. 5.4, S.

14).

Die IV-Stelle veranlasste in der Folge

eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Expertise vom 26. März 2018, Urk. 12/263/1-69). Mit Vorbescheid vom 24. April 2018 (Urk. 12/266) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte am 8. Mai 2018 Einwand (Urk. 12/268, Urk. 12/272) erhob. Am 22. August 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 12/276). Am 28. August 2018 informierte die IV-Stelle den Versicherten über die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 22. August 2018 (Urk. 12/277).

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 gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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

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). 1. 3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt 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). 1. 4

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 auszüräumende 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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Renteneinstellung vom 18. März 2019 damit, dass der Beschwerdeführer gemäss psychiatrischem Gutachten in der Arbeitsfähigkeit zu 40 % eingeschränkt sei und bis zum heutigen Zeitpunkt keine adäquate psychotherapeutische Behandlung wahrnehme. Unter einer entsprechenden Behandlung wäre er indessen in seiner Arbeitsfähigkeit lediglich zu 20 % eingeschränkt. Unter fortgesetztem Cannabiskonsum lasse sich keine wirkungsvolle Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung

(ADHS) etablieren, weshalb die Cannabisabstinenz eine unabdingbare Voraussetzung für die Verbesserung des Gesundheitszustands darstelle. Im Weiteren bestünden Diskrepanzen zwischen den vom Beschwerdeführer geschilderten Beeinträchtigungen und der Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe und es sei eine übermässige Schöpfung festzustellen. Es liege sodann eine seit Jahren aktiv erzeugte Abhängigkeit des Beschwerdeführers von Drittpersonen vor, welche sich mit dessen Fähigkeiten und Defiziten nicht vereinbaren lasse. Entsprechend sei keine invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen (Urk. 2 S. 2). Betreffend Eingliederungsbemühungen hielt die Beschwerdegegnerin fest, dass erneute berufliche Massnahmen nicht sinnvoll seien, da es dem Beschwerdeführer (unter Behandlung) möglich sei, in einem Pensum von 80 % einer Arbeitstätigkeit nachzugehen (S. 3). 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), dass Dr. Y.____ von einem seit dem Jahre 2011 unveränderten Gesundheitszustand sowie einer unveränderten Arbeitsfähigkeit von maximal 60 % für angepasste Tätigkeiten ausgegangen sei (S. 6). Seit der Begutachtung im März 2018 sei sodann eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten, da

die depressive Störung damals gemäss Dr. Y.____

noch remittiert gewesen sei. Im Weiteren sei eine hinreichende psychotherapeutische Therapie durchgeführt worden. Nicht nachvollziehbar sei sodann die von

der Beschwerdegegnerin vorgenommene Indikatorenprüfung, welche ein Abweichen von den gutachterlichen Feststellungen nicht zu begründen vermöge (S. 11 f.). Gestützt auf die von Dr. Y.____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 60 % in ausführenden Tätigkeiten unter enger Supervision sei dem Beschwerdeführer mindestens die bis herige Viertelsrente auszurichten, betreffend die per Dezember 2018 eingetretene gesundheitliche Verschlechterung seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. Aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer mittlerweile auf schlecht bezahlte handwerkliche Tätigkeiten in Teilzeit verwiesen sei, sei ein Leistungsabzug von mindestens 10 % vorzunehmen, weshalb die Viertelsrente ab März 2016 auf eine halbe Rente zu erhöhen sei (S. 13 f.). Im Übrigen seien die Eingliederungsbemühungen der Beschwerdegegnerin nicht nachvollziehbar im Jahre 2014 erfolglos beendet worden und der Beschwerdeführer sei

aufgrund der Erkrankung, der Beschränkung auf ein Teilzeitpensum sowie der langen Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt auf Unterstützung bei der Wiedereingliederung angewiesen (S. 14 f.). 3.

Der Beschwerdeführer beantragt sowohl die Zusprechung einer Invalidenrente als auch die Gewährung beruflicher Massnahmen (Urk. 1 S. 2). Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 18. März 2019 (Urk. 2) ist jedoch nur der Rentenspruch (vgl. Dispositiv in Urk. 2 S. 3). Über die vom Beschwerdeführer im Jahre 2015 mehrmals gestellten Gesuche um berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 12/203, Urk. 12/210 S. 4, Urk. 12/211, Urk. 12/222) hat die Beschwerdegegnerin - wie bereits im Urteil vom 20. Juni 2017 festgehalten (Urk. 12/252 /1-15 S. 5 Ziff. 3) - noch nicht formell befunden. Im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist demzufolge lediglich der Rentenanspruch, während auf den Antrag um Gewährung von beruflichen Massnahmen nicht einzutreten ist. Im Zusammenhang mit der von der Beschwerdegegnerin innert nützlicher Frist an die Hand zu nehmende Prüfung der Voraussetzungen für berufliche Massnahmen ist darauf hin zuweisen, dass nicht sämtliche Massnahmen eine Erwerbsunfähigkeit / Invalidität voraussetzen respektive eine Erwerbseinbusse von etwa 20 % ausreichend ist (vgl. Art. 18, Art.17 IVG). 4. 4 .1

Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchsrelevanten Änderung des Gesundheitszustands ist die rentenzusprechende Verfügung vom 11. Februar 2013 (Urk. 12/118). Diese beruhte auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. Dipl.-Psych. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. April 2011 (Urk.

E. 6

), da im Dispositiv das Leistungsbegehren abgewiesen worden sei, es sich aber richtigerweise um eine Renteneinstellung handle (Urk. 12/278).

Mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2018 (Urk. 12/285) stellte die IV-Stelle die Renteneinstellung in Aussicht, wogegen der Versicherte

am 29. Januar 2019 Einwand (Urk. 12/286) erhob. Am 18. März 201

E. 6.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Mit Urteil 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 änderte das Bundesgericht seine Rechtsprechung bezüglich des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung bei Vorliegen einer Suchterkrankung. Bei Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen ist wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen nach dem strukturierten Beweisverfahren (vgl. BGE 141 V 281) zu ermitteln, ob und gegebenenfalls wie sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281, Urteil des Bundesgerichts 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019) 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. 6.2

In Bezug auf den funktionellen Schweregrad des Komplexes «Gesundheitsschädigung» zeigten sich starke Konzentrationsstörungen, wobei die Merkfähigkeit und die formalgedankliche Ideenflucht mittelgradig beeinträchtigt waren. Es lagen zudem eine mittelgradige motorische Unruhe sowie eine leichtgradige Unständlichkeit und gedankliche Einengung auf die belastende, aktuelle Lebenssituation vor (Urk. 12/263/1-69 S. 41, S. 55).

Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer

seit 2010 mit einigen Unterbrüchen in ambulanter psychotherapeutischer respektive psychologischer Therapie befindet und sich im Jahre 2010 einer sechsmonatigen

tagesklinischen beziehungsweise im Jahre 2013 einer dreiwöchigen stationären Behandlung unterzog. Seit 2011 nimmt er das Antidepressivum Venlafaxin ein (S. 34 ff.). Dr. Y.____ wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer wiederholt ein angemessenes (ambulantes) Therapieangebot, wie dies aufgrund seines Beschwerdebilds habe erwartet werden können, in Anspruch genommen habe, sich aber danach nicht auf die empfohlene Behandlung eingelassen habe (beispielsweise auf eine Behandlung mit Methylphenidat). Die Tatsache, dass das aktuelle ambulante Behandlungssetting für eine wirkungsvolle Symptomreduktion nicht ausreichend sei, könne dem Beschwerdeführer aber nur teilweise angelastet werden, da die Beurteilung der Notwendigkeit einer störungsspezifischen ADHS-Therapie alleine den Behandlern obliege und es deren Aufgabe sei, die leitliniengerechte Therapie wirkungsvoll zu vermitteln (S. 50). Gemäss Dr. Y.____ umfasst eine adäquate Behandlung eine Cannabisabstinenz, die Gabe von Stimulantien (Methylphenidat, Lisdexamphetamin), eine störungsspezifische Psychotherapie und eine spezialisierte ergotherapeutische Begleitung im Alltag (S. 54).

Der Experte hielt zudem fest, dass die Therapieadhärenz des Beschwerdeführers als schwankend zu bezeichnen sei, da eine Therapieeinsicht fraglich erscheine, der Beschwerdeführer das Krankheitsbild nicht zu verinnerlichen vermöge, keine Bereitschaft zur lege artis-Behandlung der ADHS aufweise, dem Cannabiskonsum keinen Störungswert beimesse und eine Bereitschaft zur Abstinenz fraglich scheine (S. 59). Die Kooperation des Beschwerdeführers hinsichtlich der Eingliederungsbemühungen sei mangelhaft, wo bei die Diskrepanz zwischen den enthusiastisch überschüssenden Motivationsüberzeugungen im Rahmen der erfolgten Arbeitsversuche und der tatsächlich erbrachten Leistung auf eine fehlende Reflexionsfähigkeit und mangelnde Selbsteinschätzung zurückzuführen sei, welche teilweise als krankheitsbedingt anzunehmen sei (S. 61).

Im Zusammenhang mit den Komorbiditäten wird insbesondere auf die Wechselwirkung zwischen der ADHS und der Cannabisabhängigkeit hingewiesen (S. 59).

Hinsichtlich der Persönlichkeit gilt es anzumerken, dass im Gutachten von Dr. Y.____ das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden konnte. Der Experte

erwähnte zwar Hinweise auf Persönlichkeitsakzente, welche unter stressvollen Bedingungen die Funktion im Beruf behindern könnten, wobei aber beim Beschwerdeführer eine zeitlich überdauernde erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit entlang der biographischen Zeitachse nicht ersichtlich sei (S. 57). Im Bereich Wohnung und Finanzen hat sich der Beschwerdeführer in den letzten Jahren auf die Unterstützung von Dritten verlassen (S. 58). Im Jahre 2017 nahm der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben während sechs Monaten kein Cannabis ein (Urk. 3/4 S. 3).

Beim sozialen Kontext ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Y.____ «im geschützten Rahmen» an drei Halbtagen pro Woche jeweils für sechs Stunden im Pflegezentrum H.____ arbeitet.

Am Dienstag und Donnerstag ist der Beschwerdeführer zu Hause, zusammen mit seiner engen weiblichen Bezugsperson, von welcher er auch lebenspraktische Unterstützung erhält. Er verbringt die Zeit mit seiner Gitarre, mit Basteln und Zeichnen und spielt

abends mit seiner Bekannten einen Jass und raucht dabei Cannabis. Wenn die Bezugsperson nach Hause geht, konsumiert er weiter Cannabis, sieht sich YouTube-Filme/Clips an und geht spät zu Bett. Am Morgen steht er gegen 5.30 Uhr auf,

um den Bus um 6.40 Uhr zu nehmen (Urk. 12/263/1-69 S. 29, S. 34, S. 42 f.). Der Beschwerdeführer hat einen Hund (S. 37) und wohnt in einer eigenen Wohnung (S. 29) , in welcher die Tochter (geboren 2008) am Abend der Begutachtung übernachtete (S. 31) . Die Mutter des Beschwerdeführers ist verstorben und zu seinem Vater, seinem Bruder sowie der Mutter der gemeinsamen Tochter hat er keinen Kontakt (S. 30 f. , S. 33, S. 37). Der Beschwerdeführer gab schliesslich an, dass er in seinem Leben immer wieder Frauen gehabt habe, welche nach ihm « geschaut » hätten (S. 37).

Im Zusammenhang mit der Kategorie «Konsistenz» ist zu bemerken, dass von einer etwa gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen andererseits auszugehen ist. Der Beschwerdeführer verbringt seinen Alltag i m Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. Y.____

entweder bei der Arbeit oder bei sich zu Hause und sein so ziales Netzwerk beschränkt sich im Wesentlichen auf seine weibliche Bezugsperson und seine Tochter. Im Weiteren hat er seine Beschwerden der Situation an gemeinsamen vorgetragen und die Betonungen bei der Beschwerdeschilderung sind nicht über die bei Begutachtungen zu erwartende Verdeutlichungstendenz hin ausgegangen (S. 50).

E. 6.3

Nach dem Gesagten ist die gutachterliche Einschätzung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung der Standardindikatoren

nachvollziehbar . Die von der Beschwerdegegnerin am 12. April 2018 vorgenommene Indikatorenprüfung

(Urk. 12/265 S. 4 f.) überzeugt nicht , da

sie insbesondere nicht sämtliche Indikatoren (vgl. E. 6.1 hievore) prüfte . 7. 7.1

7.1.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen) . Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 7.1.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung an gepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit

erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis). 7.1.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE)

herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1; ferner BGE 142 V 178 zur LSE 2012 und deren Unterschiede zur LSE 2010). 7.1.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leibensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen). 7.2

7.2.1

Der Beschwerdeführer erzielte vor Eintritt des Gesundheitsschadens respektive im Jahr 2010 bei der I. AG ein Einkommen von Fr. 68'900.-- (Urk. 12/17 S. 2 Ziff. 2.10). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für das massgebende Jahr 2016 resultiert ein Validenlohn von Fr. 71'747.60 (Nominallohnindex 2010: 123.4, 2016: 128.5; BFS,

T1.93 , Nominallohnindex 1993-2010/2011-2018, Total Männer) .

7.2.2

Dem Beschwerdeführer ist die Ausübung von handwerklichen Dienstleistungen unter enger Supervision in einem 60 %-Pensum zumutbar (vgl. E. 5.1 hievor) .

Entsprechend ergibt sich gestützt auf die LSE 2014 und unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche (BFS, T 03.02.03.01.04.01, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschafts abteilungen) sowie der Nominallohnentwicklung für 2016 (Index 2014: 127.3, Index 2016: 128.5) ein Invalidenlohn von Fr. 40'247. 7 0 (BFS, LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschafts zweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Total Männer, Kompetenzniveau 1). 7.2.3

Grundsätzlich ist ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn ein Versi cherter seine Arbeitsfähig keit nicht vollschichtig umsetz en kann, weil Teilzeitar beit bei Männern statistisch gesehen vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeitstätigkeit. Allerdings muss dies stets mit Blick auf d en konkreten Beschäftigungsgrad (vorliegend 60 %) und die jeweils aktuellen Werte beurteilt werden . Gemäss der betreffend die LSE 2014 erstellten Tabelle zu den nach Be schäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht differenzierten monatli chen Durchschnittslöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad vo n 60 % bei Männer n auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug. Denn auf dieser Ebene besteht bei Män nern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 5'714.--) und dem Durch schnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'0 69 . --) kein wesentlicher Unter schie d (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/201 6 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen ; BFS, T 18, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäfti gungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, Privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperscha ft en] zusammen, Schweiz 2014) . Im Übrigen sind andere Gründe, welche einen leidensbedingten Abzug vom Ta bellenlohn rechtfertigen würden , nicht ersichtlich und werden vom Beschwerde führer auch nicht (substantiiert) vorgebracht (Urk. 1 S. 13 f.), zumal die gesund heitlichen Einschränkungen bei der Reduktion des Arbeitspensums auf ein sol ches von 60 % bereits ausreichend berücksichtigt wurden. 7 .3

In Anbetracht der Einkommenseinbusse von Fr. 31' 500.-- (Fr. 71'7 47 .60 ./ Fr. 40'247. 7 0) resultiert im Jahre 2016 ein Invaliditätsgrad von 43. 9 % , was einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründet.

Demnach ist die Beschwerde betreffend die Renteneinstellung gutzuheissen.

8.

8.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantona len Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verwei gerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzli chen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Damit erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche

Prozessführung (Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. 8.2

Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Es ist dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung dieser Grundsätze eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Unter diesen Umständen erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsvertretung als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 18. März 2019 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer weiterhin eine Viertelsrente auszurichten. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 9

zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

/41; vgl. auch Urk. 12/103 S. 4 f.), worin folgende Diagnose n

gestellt wurden (S. 9): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - soziale Phobie (ICD-10 F40.1) vor dem Hintergrund akzentuierter selbstunsicherer und emotional-instabiler Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierend depressive Störung, zum Untersuchungszeitpunkt

remittiert (ICD-10 F33.4) - Abhängigkeitssyndrom Cannabis (ICD-10 F12.24), ständiger Substanzgebrauch

Der Gutachter Dr. Z. ___ gab an, der Beschwerdeführer sei hinsichtlich seiner psychosozialen Leistungsfähigkeit durch die ausgeprägte Angstsymptomatik vor dem Hintergrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge deutlich beeinträchtigt. Dies werde zusätzlich erschwert durch die Unzufriedenheit in seiner beruflichen Situation, mit der er auch eine Akzentuierung der Angstsymptomatik verbinde. Aus psychiatrischer Sicht sei angesichts der vorliegenden Angstsymptomatik vor dem Hintergrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in einer ruhigen stressarmen, emotional wenig belastenden, gut strukturierten Arbeitstätigkeit auszugehen. In validitätsfremde Faktoren (ungewisse berufliche Zukunft, finanzieller Engpass) seien von invaliditätsbedingten Faktoren abgegrenzt worden und nicht in die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit miteingeflossen (S. 11).

Zur Prognose führte der Gutachter aus, Angststörungen seien prinzipiell gut behandelbare psychische Störungen. Prognoseverdächtig seien der langjährige Verlauf, die bestehenden akzentuierten Persönlichkeitszüge und die derzeit vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren, welche die Angstsymptomatik eher befördern dürften. Neben den etablierten adäquaten Behandlungsmassnahmen seien deshalb vor allem berufliche Massnahmen angezeigt, um die Prognose zu verbessern (S. 11).

4.2.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der zu beurteilenden Renteneinstellung vom 18. März 2019 (Urk. 2) auf das Gutachten von Dr. Y. ___ vom 26. März 2018 (Urk. 12/263/1-69), in welchem folgende Diagnosen aufgeführt wurden (S. 51 f., S. 59 f.): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS, ICD-10 F90.0) - Cannabisabhängigkeit, langjähriger und gegenwärtiger Substanzgebrauch (aktive Abhängigkeit, ICD-10 F12.25); indirekte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, weil durch den fortgesetzten Konsum keine wirkungsvolle ADHS-Behandlung möglich sei - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - aktenkundige rezidivierende depressive Störung, aktuell in Remission (ICD-10 F33.4) - aktenkundige akzentuierte Persönlichkeit mit selbstunsicheren, negativistischen, depressiven und impulsiven Merkmalen (ICD-10 Z73.1); durch die aktuelle Begutachtung nachvollziehbare schizoide und schizotypische Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 F73.1 [richtig Z73.1])

Betreffend die ADHS führte Dr. Y. ___ aus, der Beschwerdeführer scheine typischerweise seine Planung auf den Moment zu beschränken und zeige neben einer Ideenflüchtigkeit auch eine erhebliche Impulsivität. Die anfängliche Über schwänglichkeit bezüglich seiner jeweiligen Arbeitstätigkeit sowie das nachträglich erschwerte Durchhalten lasse sich mehrheitlich der Affektlabilität im Rahmen der ADHS zuordnen. Suchtleiden stellen bei ADHS eine häufige Komorbidität dar und zeigten gegenseitige Verstärkungen (Affektlabilität, emotionale Über reagibilität, Desorganisation, kognitive Defizite) mit der ADHS -Symptomatik. Die aktenkundigen selbstunsicheren, negativistischen, depressiven und impulsiven Persönlichkeitsakzente

zeigten ebenfalls Überlappungen mit den Domänen der

ADHS und des Cannabiskonsums. Trotz dieser diagnostischen Schwierigkeiten lasse sich die ADHS-Diagnose bestätigen, weil sich der diagnostisch geforderte frühe Beginn in der Kindheit und Jugend anamnestisch widerspruchsfrei nachvollziehen lasse (S. 51).

Im Weiteren wies der Experte darauf hin, dass die rezidivierende Störung unter schiefler Ausprägung in den Akten zwar wiederholt erwähnt sei, jedoch Hinweis auf die diagnostisch geforderten symptomfreien Intervalle fehlten. Die Krankheitsentwicklung spreche zudem nicht für depressive Episoden, sondern vielmehr für zeitlich limitierte emotionale Krisen, welche aus den Symptomen der

ADHS respektive

der Merkmale des Persönlichkeitsakzentos ausreichend erklärbar seien

(S. 51 f.).

Eine nachvollziehbare Schilderung des Krankheitsverlaufs mit abgrenzbaren depressiven Episoden, welche sich von möglichen depressiven Items im Rahmen des Cannabiskonsums sowie von der Affektlabilität der ADHS abgrenzen liessen, habe gefehlt (S. 53).

Betreffend die aktenkundige akzentuierte Persönlichkeit hielt Dr. Y.____ fest, dass die entsprechende SKID II-Diagnostik vom 15. Juni 2010 (vgl. S. 11) nicht mehr aktuell sei, weswegen eine entsprechende Diagnostik nach Etablierung einer adäquaten

ADHS-Behandlung unter Cannabisabstinenz zu wiederholen sei (S. 52).

Der Gutachter führte ferner aus, dass

die Wirkung des Cannabiskonsums auf mentale Funktionen von etlichen Variablen abhängen, wobei eine signifikante Beeinträchtigung der entsprechenden Funktionen bei frühem Erstkonsum in der Adoleszenz, jahrelangem regelmässigem Konsum sowie bei Anzeichen besonderer Vulnerabilität, welche sich oft in der Form ängstlich-paranoider Symptome zeige, wahrscheinlicher werde. Diese Faktoren träfen auf den Beschwerdeführer zu. Für die Abhängigkeitsproblematik sprächen zudem die teilweise vagen widersprüchlichen oder bagatellisierenden Angaben zum Substanzkonsum sowie eine durch keine andere Störung zu erklärende Leistungseinbusse mit stetig wachsender Unselbständigkeit im Alltag (Wohnungswechsel durch temporäres Wohnen bei Drittpersonen, soziale Abhängigkeit mit zunehmender Übernahme von Alltagsfunktionen durch Drittpersonen ohne entsprechende objektivierbare Defizite) und letztlich auch ein zunehmendes amotivationales Syndrom mit einer ausgeprägten Schwierigkeit der Aufrechterhaltung der Motivation im Alltag (S. 52 f., vgl. auch S. 57).

Dr. Y.____

hielt weiter fest, dass die

ADHS die Hauptdiagnose darstelle, wobei sich das Störungsbild unbehandelt erheblich stark präsentiere. Da eine ADHS-Spektrumsstörung unter leitliniengerechter Pharmako- und Psychotherapie sowie einer bedarfsgerechten Unterstützung im Alltag (beispielsweise durch eine spezialisierte Ergotherapie) in aller Regel gut behandelbar sei, lasse sich aus der Hauptdiagnose unter konsequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung eine maximal leichte, zeitlich überdauernde Arbeitsunfähigkeit von 20 % mit einem zumutbaren Pensum von 6-7 Stunden täglich in angepasster Tätigkeit herleiten. Bereits in unbehandeltem Zustand sei es dem Beschwerdeführer in den letzten Jahren gelungen,

zeitlich befristet eine 80%ige Tätigkeit aufrechtzu erhalten. Aktuell liege die Leistungserbringung am Arbeitsplatz bei etwa 40 % , wobei aufgrund des vorliegenden Gutachtens eine höhere Leistungserbringung von 60 % anzunehmen sei. Mit einer Ausnahme (225 mg Venlafaxin täglich) habe nie eine antidepressive Pharmakotherapie im therapeutischen Bereich stattgefunden und das komplexe Krankheitsbild stelle sich im Wesentlichen unbehandelt dar (S. 53, vgl. auch S. 59) .

Eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung umfasse eine Cannabisabstinenz, um einerseits den Gesundheitsschaden durch den fortgesetzten Cannabiskonsum zu verringern und andererseits eine Behandlung de r

ADHS zu ermöglichen. Eine Cannabisabstinenz stelle eine unabdingbare Voraussetzung für den Erfolg einer störungsspezifischen ADHS -Therapie dar (S. 54 , vgl. auch S. 57 , S. 61) .

Des Weiteren hielt Dr. Y.____ fest, dass die Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zusätzlich vom möglichen Krankheitsgewinn abhängen. Aufgrund der ausgeprägten ADHS -Symptomatik mit gleichzeitig fehlender Therapieeinsicht

lasse sich ein primärer (unbewusster) Krankheitsgewinn vermuten, wobei sich dieser indessen nicht belegen lasse. Die Frage nach einem (bewussten) sekundären Krankheitsgewinn sei indessen zu bejahen, wobei nicht so sehr ein Rentenbegehren im Vordergrund stehe, sondern vielmehr eine seit Jahren aktiv erzeugte Abhängigkeit von Drittpersonen (Wohnen, Finanzen, Arbeit), welche sich mit den Fähigkeiten und Defiziten des Beschwerdeführers nicht vereinbaren lasse. Dieser nicht monetäre Krankheitsgewinn wirke sich deconditionierend respektive behindernd auf die Arbeitsfähigkeit aus . Die vorhandenen Krankheitsgewinne und das die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Beschwerdebild seien einer therapeutischen Intervention zugänglich, weshalb sich die Prognose insgesamt als günstig darstelle (S. 54 f. ; vgl. auch S. 53) .

Ferner wurde festgehalten, dass sich als objektivierbare Befunde stark beeinträchtigte Aufmerksamkeitsfunktionen, eine mittelgradige motorische Unruhe sowie eine mittelgradige formalgedankliche Ideenflucht präsentierten, welche als thematische Sprunghaftigkeit, Ablenkbarkeit und Konzentrationsstörungen in Erscheinung getreten seien. Dem Beschwerdeführer scheine es im Alltag nicht zu gelingen, komplexe Planungen vorzunehmen und den entsprechenden Überblick zu wahren , die Ausführung strukturierter ausführender Tätigkeiten sei indessen gut möglich und lasse eine ausreichende Leistungserbringung erwarten (S. 55).

Dr. Y.____

führte weiter aus , dass innert einem Jahr nach Etablierung einer lege artis-Behandlung von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen sei . Zumutbar seien Verrichtungen , welche strukturiert und ausführend konzipiert seien (Hauswarttätigkeit unter Supervision). Eine soziale Tätigkeit werde kaum erfolgreich sein, da diesbezüglich ein hohes Mass an Introspektionsfähigkeit erforderlich sei (S. 62 , S. 65 , S. 67) .

Der Gutachter bemerkte sodann, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit April 2011 im Wesentlichen gleichbleibend darstelle. Die stationäre Behandlung vom 16. Oktober bis 4. November 2013 sei im Sinne einer Krisenintervention zu verstehen und beinhalte keine grundsätzliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation. Das Zustandsbild sei durch die beiden relevanten Diagnosen eine r

ADHS mit komorbider Cannabisabhängigkeit geprägt, wobei die vorgebrachten Zustandsverschlechterungen seit April 2011 durchwegs transient seien und im Rahmen emotionaler Krisen aufgrund erschwerter Lebensumstände (Beziehung, Wohnen, wirtschaftliche Verhältnisse) zu deuten seien. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit während des stationären Klinikaufenthalts im Oktober/ November 2013 sei nachvollziehbar. Abgesehen davon sei von einer zeitlich stabilen Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen, wobei diese Beurteilung der damaligen effektiven Leistungserbringung des Beschwerdeführers entspreche (Stiftung F.____). Die zeitlich limitierte höhere Leistungserbringung von 80 % (Pflegezentrum G.____) respektive tiefere Leistungserbringung von 40 % (Pflegezentrum H.____) stünden unter Berücksichtigung der Abwesenheit einer störungsspezifischen Therapie nicht im Widerspruch zu dieser habituellen Leistungserbringung

(S. 66 f.). 4.2.2

Am 4. Dezember 2018 berichtete

Dr. med. A.____, Oberarzt an der Psychiatrischen B.____ Klinik, über die Vorstellung des Beschwerdeführers in der ADHS-Spezialambulanz zur diagnostischen Beurteilung (Urk. 3/3). Dr. A.____ wies darauf hin, dass dem Beschwerdeführer mehrere von ihm auszufüllende Fragebögen ausgehändigt worden seien, wobei in der Zusammenschau die Verdachtsdiagnose einer ADHS mit den Testungen aufgrund der parallel vorliegenden schweren depressiven Störung sowie der bestehenden Komorbiditäten aktuell nicht bestätigt werden könne (S. 2 f.).

Differentialdiagnostisch müssten mehrere psychische Störungen als Ursache der gezeigten Gesamtkonstellation in Betracht gezogen werden. Die geschilderten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, welche in der ADHS-Selbstbeurteilungsskala angegeben worden seien, könnten ebenso im Rahmen der aktuell vorliegenden depressiven Störung begründet sein. Ebenso könnte auch die Antriebslosigkeit im Zuge der affektiven Störung ein hyperkinetisches Syndrom aktuell maskieren und gewisse Symptome aktuell nicht erkennbar werden lassen (S. 3).

Der Beschwerdeführer habe sodann unter anderem davon berichtet, dass er über all mit allen Leuten aneckt, er keinen Kontakt zum Bruder/Vater habe und die Tochter gegen ihn aufgehetzt werde. Diese Empfindungen könnten auch im Rahmen einer depressiven Interpretation der äusseren Umstände [in] negativen Denkmustern oder bei der vermuteten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden Zügen begründet liegen. Der Beschwerdeführer attribuiere die Verantwortung für ungünstige Geschehnisse extern und beschreibe sich als Opfer, was eine Persönlichkeitsakzentuierung respektive

– störung nahe lege. Er

könne sich zudem nicht von angegebenen Wahnhaltungen distanzieren, was gegebenenfalls im Zusammenhang mit der paranoiden Grundstimmung im Rahmen der Persönlichkeitsstörung oder dem kontinuierlichen deutlichen Cannabiskonsum oder der Kombination von beidem gesehen werden müsse (S. 3).

Dr. A.____ hielt weiter fest, dass mit dem Beschwerdeführer die Einleitung einer antidepressiven Behandlung, eine möglichst umfassende Cannabis-Karenz sowie zwecks Beurteilung des weiterhin bestehenden Verdachts auf eine ADHS eine Wiedervorstellung in zirka sechs Monaten besprochen worden sei. Eine empfohlene stationäre Behandlung,

wie im Falle einer schweren depressiven Episode in die Lage versetzt, habe der Beschwerdeführer mehrfach abgelehnt

(S. 4). 4 .2. 3

In ihrem Bericht vom 12. April 2019 (Urk. 3/4)

stellten Dr. C.____ ,

Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Psychologin lic. phil. FSP D.____ folgende Diagnosen (S. 3 f.): - ADHS (ICD-10 F90: einfache ADHS oder ICD-10 F90.1: hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens) - kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)

Dr. C.____

und Psychologin D.____ hielten fest, dass sie den Beschwerdeführer seit der Begutachtung vom 26. März 2018 weiterhin ein - bis zweimal im Monat behandelt hätten und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Arbeitsversuche seien auf Wunsch des Beschwerdeführers möglich, wobei bisherige Versuche

mittel- oder langfristig erfolglos gewesen seien. Administrative Belange könne der Beschwerdeführer – wenn überhaupt – nur unter grosser Kraftanstrengung erledigen und benötige eine befreundete Drittperson zur Unterstützung. Diese Drittperson habe gegenüber den Ärzten festgestellt, dass sich der Beschwerdeführer auch ohne Cannabiskonsum nicht lange konzentrieren könne respektive plötzlich abwesend sei. Dies weise auf ein mögliches dissoziatives Geschehen hin, was ein typisches Kennzeichen für eine Traumatisierung sei (S. 1).

Im Weiteren wurde ausgeführt, dass die Lebensgeschichte und Psychogenese des Beschwerdeführers weder von der Beschwerdegegnerin noch vom Gutachter adäquat eingeschätzt worden seien. Es liege eine Fehlinterpretation vor, wobei die Bedeutung von Entwicklungs Traumata, welche über Jahre hin entstünden, nicht erkannt worden sei. Die verschiedenen Krisen seien als depressive Episoden aufgrund hoher Vulnerabilität bei Stress und Anforderungen (Traumata) auf dem Hintergrund einer ADHS einzustufen. Aufgrund der mangelnden Entwicklung von Copingstrategien in der Kindheit/Jugend und den damit einhergehenden fortgesetzten Misserfolgen in der Schule und im Beruf sowie den Enttäuschungen im Privatleben, kulminierend in sozialem Rückzug, sei der Beschwerdeführer seit zirka 2010 bis heute nicht in der Lage, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen (S. 2).

Ferner liege beim Beschwerdeführer keine Schonhaltung vor, da er sich immer wieder aus eigener Initiative um Arbeitsstellen bemüht habe (S. 2).

Dr. C.____ und Psychologin D.____

wiesen weiter darauf hin, dass der Cannabiskonsum sekundär sei und als Versuch der Selbstmedikation gedeutet werde. Der Beschwerdeführer sei gemäss eigenen Angaben im Jahre 2017 für sechs Monate abstinent gewesen, wobei sich sein Gesundheitszustand nicht verändert habe (S. 3). Betreffend die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, wurde auf die von Dr. A.____ durchgeführte Testdiagnostik mittels Beck's Depression Inventory II hingewiesen, welche eine schwere depressive Symptomatik zeige und somit eine verstärkte Depression im

Vergleich zur letztmaligen Einschätzung durch die genannten Fachpersonen aus weise (S. 4).

Abschliessend hielten Dr. C.____ und Psychologe D.____ fest, dass sich das Krankheitsbild des Beschwerdeführers seit dem letzten Schreiben vom Juni und September 2018 verändert habe. Eine damals beschriebene psychische Verbesserung habe sich als nicht nachhaltig erwiesen. Der Beschwerdeführer ziehe sich nach eigenen Angaben immer noch in seine Wohnung zurück, habe keine sozialen Kontakte und habe mit seiner Expartnerin, seinem Kind, Bruder und Vater gebrochen. Der Psychostatus sei derselbe wie vormals beschrieben (S. 4 f.).

5.5.1

Das Gutachten von Dr. Y.____ vom 26. März 2018 (Urk. 12/263/1-69)

ent spricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in psychiatrischer Fachrichtung. Der Gutachter berücksichtigte detailliert die geklagten Beschwerden und setzte sich damit auseinander (S. 28 ff., S. 40 ff., S. 55 f.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich der Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserte und Bezug auf die medizinischen

Vorakten nahm (S. 8 ff.). Er setzte sich insbesondere mit abweichenden Diagnosen in Arztberichten auseinander und würdigte diese in nachvollziehbarer Weise (S. 27, S. 51 f.). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne ging Dr. Y.____ schlüssig von einer ADHS, einer Cannabisabhängigkeit, einer remittierten rezidivierenden depressiven Störung sowie einer Persönlichkeitsakzentuierung aus, wobei er lediglich der ADHS direkte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beimass. In einer angepassten Tätigkeit respektive ausführende n handwerkliche n

Verrichtungen unter enger Supervision attestierte der Gutachter seit April 2011 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit (S. 65 ff.). Die Expertise erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a, BGE 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 5.2

Was die Auffassung der Beschwerdegegnerin betrifft, dem Beschwerdeführer sei es unter adäquater Behandlung möglich, in einem Pensum von 80 % einer Arbeitstätigkeit nachzugehen , weshalb keine invalidisierende gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege (Urk. 2 S. 2 f.), ist Folgendes festzuhalten: Im Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung am 26. Januar 2018 ging Dr. Y.____ von einem unveränderten Gesundheitszustand seit April 2011 aus und attestierte – analog zu Dr. Z.____ (vgl. Urk. 12/41 S. 11) – eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Unter Hinweis auf eine Cannabisabstinenz mit gleichzeitiger Etablierung einer störungsspezifischen und leitliniengerechten Pharmako- und Psychotherapie der ADHS sowie einer bedarfsgerechten spezialisierten ergotherapeutischen Begleitung im Alltag hielt Dr. Y.____ fest, dass innerhalb eines Jahres nach entsprechendem Therapiebeginn von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen sei

(Urk. 12/263/1-69 S. 65, S. 67). Dabei handelt es sich lediglich um eine im Idealfall und frühestens nach einem Jahr nach Behandlungsbeginn möglicherweise zu erwartende 20%ige

Steigerung der im Januar 2018 attestierten

Arbeitsfähigkeit von 60 % , von deren Eintritt nicht ohne Weiteres ausgegangen werden kann . Auf eine solche bloss prospektive Erhöhung der Arbeitsfähigkeit kann vorliegend indessen nicht abgestellt werden, vielmehr ist auf die gemäss Dr. Y.____

im Untersuchungszeitpunkt bestehende und von den Parteien unbestritten gebliebene (Urk. 2 S. 2, Urk. 1 S. 6 und S. 13) Arbeitsfähigkeit von 60 % abzustellen. In diesem Zusammenhang erweist sich die Angabe des RAD-Arzt es Dr. med. E.____ , Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie , vom 4. April 2018 als unzutreffend, wonach unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. Y.____ in einer angepassten Tätigkeit von einer 40 % Arbeitsunfähigkeit ohne psychotherapeutische Behandlung respektive einer solchen von 20 % mit psychotherapeutischer Behandlung auszugehen sei (Urk. 12/265 S. 4) , zumal der Beschwerdeführer in der Zeit bis zur Begutachtung im Januar 2018 gemäss dem genannten Experten wiederholt ein angemessenes ambulantes Therapieangebot in Anspruch genommen hat (Urk . 12/263 /1-69 S. 50). Der RAD-Arzt kann sich zudem nicht über eine fachliche Qualifikation im Fachgebiet Psychiatrie ausweisen, wobei dieser Umstand bereits im Urteil vom 20. Juni 2017 (Urk. 12/252 /1-15 S. 12 Ziff. 5.3.4) gerügt wurde . Auch Dr. A.____ ging von einer relevanten Pathologie aus. Er bestätigte - entgegen dem Gutachter Dr. Y.____ - die «Verdachtsdiagnose» einer ADHS nicht, schloss diese indes auch nicht aus. Die thematisierte schwere depressive Störung fusste hauptsächlich auf testpsychologischen Abklärungen. Der erhobene Befund war, abgesehen von verminderter Konzentration, Wahrnehmen und teilweise verschlechterter Stimmung, unauffällig. Dr. A.____ äusserte sich denn auch nicht zur Arbeitsfähigkeit, sondern formulierte Therapieansätze. Bei dieser Sachlage und dem Fehlen eines (über 40 % hinausgehenden) Arbeitsunfähigkeitsattestes besteht keine Veranlassung, die gutachterlichen Schlüsse in Frage zu stellen, zu mal Dr. A.____ gar keinen Bezug zur Expertise nahm und ihm diese offensichtlich nicht bekannt war.

5.3

Der Beschwerdeführer macht geltend, seit der Begutachtung im März 2018 sei eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten, da die Dres . A.____ und C.____ sowie Psychologe D.____

im Dezember 2018 respektive April 2019 von einer schweren Episode einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen seien ; dies im Gegensatz zu

Dr. Y.____ , welcher

im März 2018

eine depressive Störung in Remission festgestellt habe (Urk. 1 S. 10 f.).

Hierzu ist festzuhalten, dass eine andere respektive neu hinzugetretene Diagnose nicht unbedingt eine höhere Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche

Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2).

Dr. A.____ setzte sich in seinem Bericht vom 4. Dezember 2018 (Urk. 3/3) im Wesentlichen mit der Frage nach dem Vorliegen einer ADHS auseinander. Die depressive Symptomatik erwähnte er nur am Rande und ging unter Hinweis auf das im Selbstbeurteilungstest des Beschwerdeführers (Becks Depressions Inventar II, BDI-II)

erzielte Resultat von einer schweren depressiven Störung aus (S. 3) . Im Weiteren äusserte sich

Dr. A.____ weder zur Arbeitsfähigkeit noch

zu einer

allfälligen

seit März 2018 eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands . Dr. C.____ und Psychologin D.____

wiesen in ihrem Bericht vom 12. April 2019 (Urk. 3/4)

zwar auf eine seit ihrem letzten Schreiben vom Juni und September 2018 eingetretene Verschlechterung hin (Urk. 3/4 S. 4), machten indessen keine Angaben darüber, inwiefern sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers konkret verschlechtert haben soll. Der im Bericht erwähnte Bruch des Beschwerdeführers mit seiner Expartnerin, dem Vater und dem Bruder

wurde bereits im Gutachten von Dr. Y.____ thematisiert (Urk. 12/263/1-69 S. 30 f. , S. 33, S. 37).

Ebenso wenig wurde die von Dr. C.____ und Psychologin D.____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1) näher begründet . Bezüglich der schweren depressiven Episode verwiesen sie sodann einzig auf die im Bericht von Dr. A.____ erwähnte Testdiagnostik gemäss BDI-II (S. 4).

Im Übrigen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte 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). Vor diesem Hintergrund ist eine gesundheitliche Verschlechterung seit März 2018 nicht ausgewiesen. 6.

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