

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00732 vom 5. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00732

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00732 du 5 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00732 del 5 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1

0. September 2019 wurde das Leistungsbegehren wie angekündigt abgewiesen (Urk. 8/69 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3.1

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). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mit teilsgradigen 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).

Mit BGE 145 V 215 liess das Bundesgericht sodann die bisherige Rechtsprechung fallen, wonach primäre Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen von vornherein keine invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschäden darstellen können, und ihre funktionellen Auswirkungen deshalb keiner näheren Abklärung bedürfen. Fortan ist - gleich wie bei allen an deren psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt.

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).

E. 1.3.2

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 Aktivitätsniveaus 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. 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 auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Anna Härry, mit Eingabe vom 17. Oktober 2019 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 10. September 2019 sei aufzuheben, das Verfahren sei auf berufliche Massnahmen auszuweiten und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen gemäss IVG (Rente und Eingliederungsmassnahmen) zu gewähren. Ferner sei er durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen; eventuelle sei die Sache zwecks Einholung eines Gutachtens und anschliessen der Entscheidung über den Leistungsanspruch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Verfahren sei zudem auf die Auflage betreffend die Voraussetzungen künftiger Leistungsansprüche auszuweiten und es sei die Auflage vom 5. April 2019 betreffend stationärem Benzodiazepinanzug aufzuheben. In formeller Hinsicht stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2-3). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 15. November 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. November 2019 mitgeteilt. Darüber hinaus wurde sein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwältin Anna Härry als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung dahingehend, aus dem Z.____ - Gutachten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer

in seiner bisherigen Tätigkeit - welche einer angepassten Tätigkeit entspreche - zu 80 % arbeitsfähig sei. Auch seien die Therapiemöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft, bei einer Intensivierung könne in Zukunft eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % angenommen werden (Urk. 2 S. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend, dass der Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden sei, da dem Gutachten des Z.____ kein voller Beweiswert zugeprochen werden könne (Urk. 1 S. 7). Insbesondere sei die Abhängigkeitsstörung noch nach alter Rechtsprechung aus der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert worden, womit eine neue medizinische Einschätzung der gesamthaft, auch unter Berücksichtigung der Abhängigkeit vorhandenen funktionellen Einschränkungen und ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nötig sei (Urk. 1 S. 8 f.). Ferner sei das Gutachten ohne Kenntnis sämtlicher Vorakten durchgeführt worden und setze sich auch nicht genügend mit anderslautenden Beurteilungen auseinander (Urk. 1 S.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint hat. 3. 3.1

In ihrem Bericht vom 22. Mai 2017 (Urk. 8/11/27 f.) zu Händen der Krankentaggeldversicherung diagnostizierte die behandelnde Dr. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelschwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1; Urk. 8/11/27). Nachdem sie dem Beschwerdeführer bereits mit Zeugnis vom 21. März 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 13. Februar 2017 attestiert hatte (Urk. 8/11/29), bescheinigte sie nunmehr, der Beschwerdeführer sei weiterhin zu wenig funktionstüchtig, um seine bisherige Tätigkeit wieder aufnehmen zu können, es sei nicht absehbar, wann dies möglich sei. Eventuell könne der Beschwerdeführer zur Zeit eine stundenweise Tätigkeit von zu Hause aus ausüben, dies sei jedoch vom Arbeitgeber her nicht möglich (Urk. 8/11/28). 3.2

Im Rahmen einer «Second Opinion zur aktuellen Arbeitsfähigkeit» zu Händen des Taggeldversicherers vom 17. Juli 2017 (Urk. 8/11/19-26) diagnostizierte Dr. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (paranoid anmutende Reaktionen, Selbstwertproblematik, Alkoholkonsum, exzessive Steigerung der Nahrungsaufnahme, sozialer Rückzug; ICD-10 F43.23, Urk. 8/11/23). Aktuell bestehe eine Belastbarkeit für ein Arbeitspensum von 30% in der bisherigen Tätigkeit und von 50% in einer angepassten Tätigkeit ohne direkten Kundenkontakt. Nach Ablauf von vier Wochen ab dem Begutachtungstermin könne das Arbeitspensum in der bisherigen Tätigkeit auf 60%, nach acht Wochen auf

100% gesteigert werden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe nach vier Wochen eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Auf den Heilungsverlauf hätten auch krankheitsfremde Faktoren, insbesondere familiäre Probleme und der teilweise exzessive Alkoholkonsum des Beschwerdeführers bei grundsätzlicher Abstinenzfähigkeit, einen Einfluss. Ein weiterer Faktor könnte im weiter zunehmenden Körpergewicht aufgrund exzessiver Essgewohnheiten bestehen (Urk. 8/11/25 f.). 3.3

Im Kurzbericht vom 14. August 2017 (Urk. 8/11/10-12) diagnostizierte C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.3), Differenzialdiagnose bipolar affektive Störung (ICD-10 F31.4; Urk. 8/11/11 f.). Aktuell bestehe keine Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei seit circa drei Wochen in tagesklinischer Behandlung (vgl. dazu nachfolgend E. 3.5 und 3.8), sodann sei am 21. August 2017 eine Magen-Bypass-Operation geplant. Nach dem dreimonatigen tagesklinischen Aufenthalt könne prognostisch von einer Arbeitsfähigkeit von 30% und in aller Regel danach von einer weiteren Steigerung ausgegangen werden (Urk. 8/11/11). 3.4

Im Schreiben an den Krankentaggeldversicherer vom 8. August 2017 (Urk. 8/11/17 f.) betreffend Einspruch gegen die am 4. August 2017 angeordnete Einstellung der Taggeldleistungen (Urk. 8/11/2) führte Dr. A.____

aus, sie sei mit der Beurteilung durch Dr. B.____ (vgl. Urk. 8/11/19-26) nicht einverstanden. Der Beschwerdeführer habe unterdessen zwar kleine Fortschritte gemacht, insbesondere habe er seinen sekundären Alkoholabusus sistieren können und seine Stimmung helle sich bei freudvollen Ereignissen etwas auf. Er befinde sich jedoch grundsätzlich weiterhin in einem mittelschweren depressiven Zustand. Weiterhin konsumiere er kompensatorisch übermässig Schokolade und habe einen relativ hohen Benzodiazepinbedarf.

Antidepressiva hätten bisher nicht die gewünschte Wirkung erbracht (Urk. 8/11/17 f.). 3.5

Die Ärzte der Tagesklinik D.____

der psychiatrischen Klinik E.____ berichteten am 18. August 2017 (Urk. 8/16/3-4) , dass der Beschwerdeführer Anfang Juli 2017 in die Tagesklinik eingetreten sei. Die teilstationäre Behandlung sei auf sechs Monate ausgelegt. Der Beschwerdeführer habe bereits Fortschritte hinsichtlich einer wesentlichen Reduktion der konsumierten Alkoholmenge sowie einer regelmäßigen Teilnahme am tagesklinischen Programm erzielen können, leide jedoch weiterhin unter depressiver Stimmung, schweren Schlafstörungen sowie sozialem Rückzug. Aktuell bestehe aus psychologisch-psychiatrischer Sicht

eine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/16/3). Die Arbeitsfähigkeit solle zum Abschluss der tagesklinischen Behandlung frühestens Ende 2017 neu beurteilt werden (Urk. 8/16/4). 3.6

Am 21. August 2017 legte Dr. F.____ , Facharzt für Viszeralchirurgie, beim Beschwerdeführer laparoskopisch einen proximalen Standard Roux-Y-Magenbypass an (Urk. 8/25/9). Gemäss Bericht vom 13. September 2017 sei der Beschwerdeführer vom 21. bis am 27. August 2017 hospitalisiert gewesen, nach der Entlassung sei der Verlauf anfänglich unauffällig gewesen. Nach einer notfallmässigen Rehospitalisation am 30. August 2017 aufgrund von Beschwerden , für die kein somatischer Grund habe eruiert werden können, hätten die chirurgischen Nachkontrollen abgeschlossen werden können (Urk. 8/25/6 f.). Der Beschwerdeführer sei vom 21. August bis am 30. September 2017 voll arbeitsunfähig, danach bezüglich des behandelten Leidens arbeitsfähig gewesen (Urk. 8/25/3). 3.7

Im Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 6. April 2018 (Urk. 8/26) diagnostizierte Dr. A.____ eine mittelschwere bis schwere depressive Episode bei Bipolar - II - Störung (Urk. 8/26/3). Der Beschwerdeführer sei vom 13. Februar 2017 bis 30. April 2018 respektive bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/26/2). Zumutbar sei ihm eine Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt von zwei bis drei Stunden pro Tag (Urk. 8/26/5). Anlässlich der Einreichung der von der Beschwerdegegnerin angeforderten Blutspiegel der Medikamente (Urk. 8/37/1) merkte Dr. A.____

sodann an , dass es sich betreffend Alprazolam (Xanax) nicht um eine Sucht im engeren Sinne handle, sondern dass das Medikament dem Beschwerdeführer zur Therapie von Panikattacken und innerer Unruhe zur Zeit weiterhin - aber in viel geringerer Dosis als 2017 - verschrieben werde. Valium sei schon längst ausgeschlichen worden, der Alkoholkonsum sistiert (Urk. 8/36). 3.8

In einer Behandlungsbestätigung vom 19. November 2018 der Tagesklinik der E.____ berichteten die behandelnden Fachleute , dass der Beschwerdeführer vom 19.

Juni bis am 1. September 2017 sowie vom 12. März bis am 13. August 2018 behandelt worden sei. Ferner stellte n sie die folgenden Diagnosen (Urk. 8/43): - Bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F31.3), Differenzialdiagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1) - Psychische und Verhaltensstörungen (durch) Sedative und Hypnotika, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1)

Nach dem Austritt aus der Tagesklinik sei eine Anmeldung zu einer stationären Elektrokonvulsionstherapie (EKT) erfolgt, da sich die depressive Episode des Beschwerdeführers auch nach Ausschöpfung der medikamentösen Optionen als therapieresistent erwiesen habe. 3.9

3.9.1

In ihrem allgemeininternistisch-psychiatrischen Gutachten vom 8. Februar 2019 (Urk. 8/49) diagnostizierten Dr. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Z.____

als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Bipolar-II - Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 31.80, F33.0/F33.1), sowie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/49/7) : - Störung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig Sedativa oder Hypnotika, anamnestisch Alkohol, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F 19.25) - Status nach Adipositas per magna, aktuell BMI 27 kg/m² (ICD-10 E66.0) - Status nach Magenbypass-Operation 08/2017 - Status nach mehreren Hautstraffungen und Korrektur-Operationen 2017 - klinisch und labormässig stoffwechselkompensiert - Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (circa 20 py; ICD-10 F17.1)

Die Gutachter führten im Rahmen der Konsensbeurteilung aus, der Beschwerdeführer habe vorwiegend psychische Probleme mit Leistungseinschränkungen und Panikattacken angegeben. Die depressiven Symptome würden durch den Substanzgebrauch noch verstärkt. Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe eine Adipositas mit Status

nach mehreren Operationen. Die Gewichtsabnahme sei erfolgreich gewesen, der klinische Zustand sei kompensiert. Die Arbeitsfähigkeit werde

aus allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt. Die subjektive Einschätzung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit könne mit den medizinischen Befunden nicht erklärt werden (Urk. 8/49/7). 3.9.2

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung führte der Beschwerdeführer aus, dass er mit Xanax nicht arbeiten könne. Er leide unter Depressionen und panikartigen Ängsten, bereits wenn das Telefon läute. Er lebe seit Februar 2018 bei seinen Eltern und habe seine Wohnung vermietet. Am Tag beschäftige er sich mit Fernsehen und ziehe sich auch gerne in sein Zimmer zurück, vor allem wenn die Eltern da seien. Die Mutter erledige die Haushaltsarbeiten. Er mache auch schon mal die Wäsche, sonst helfe er nicht mit. Er fühle sich schlapp und ohne Antrieb. Ein eigenes Hobby habe er nicht, er habe stets viel gearbeitet. Wenn es ihm besser gehe, wolle er auch wieder arbeiten. Nun stehe noch eine EKT an, zuerst müsse aber das Xanax abgebaut werden. Auch stehe ein Magenband bevor. Lithium habe er wegen Übelkeit und Schwindel nicht toleriert (Urk. 8/49/23).

Der begutachtende Dr. H.____ legte dar, der affektive Kontakt zum Beschwerdeführer sei gut herstellbar. Die Stimmung sei depressiv, mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust. Der Beschwerdeführer gebe Schlafstörungen in der Nacht und erhöhte Ermüdbarkeit am Tag sowie anfallsartige Ängste, ausgelöst durch äussere Reize, an. Der Selbstwert sei vermindert, mit einer Verunsicherung und Insuffizienzgedanken. Anamnestisch habe der Beschwerdeführer eine gehobene Stimmungslage mit vermehrtem Alkoholkonsum mit dann depressiver Stimmungslage angegeben. Der Beschwerdeführer sei wach, bewusst seinsklar und allseits orientiert. Es könnten weder Zwänge noch

Zeitgitter störun gen festgestellt werden . Abgesehen davon, dass er den Namen des Gutachters am Ende der Untersuchung nicht mehr gewusst habe, seien die Aufmerksamkeit, das Gedächtnis und die Auffassung intakt . Das Denken sei formal geordnet , inhaltlich bestünden keine Hinweise auf Wahnideen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen . Eine Zirkadianität sei nicht ausgeprägt. Es bestünden keine Hinweise auf Suizidalität oder ein fremdgefährdendes Verhalten (Urk. 8/49/24) .

Beim Beschwerdeführer bestehe diagnostisch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude, Interessenverlust, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und verminderten Selbstwert mit Insuffizienzgedanken .

In den Akten werde eine Bipolar-II - Störung diagnostiziert. Da bei komme es neben einer oder mehreren depressiven Episoden zu einer oder mehreren hypomanischen, aber keiner manischen Episode mit deutlicher situationsinadäquater gehobener Stimmung, Grössenideen und Tätigen von überspannten und undurchführbaren Projekten und Ideen.

Er habe eine stimmungsmässige leicht angetriebene Phase mit vermehrtem Alkoholkonsum mit anschliessender depressiver Phase und Suchtverlagerung auf Benzodiazepine und Hypnotika angegeben. Es sei gemäss Angaben des Beschwerdeführers auch zu einer Entzugsepilepsie gekommen. Die Störung durch Substanzkonsum sei deutlich ausgeprägt, es bestünden auch Hinweise auf eine sekundäre Störung durch Substanzkonsum bei zuvor hypomanischer Gestimmtheit. Eine genaue Beurteilung könne aber erst unter einer Abstinenz nach entsprechender Entzugsbehandlung gemacht werden. Irreversible Sekundärschäden seien nicht erwiesen. Der gegenwärtige Konsum des Benzodiazepins und des Hypnotikums könne aber die bestehende depressive Symptomatik verschlechtern (Urk. 8/49/25) .

Zur Konsistenz führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe sich gut konzentrieren können, er fahre auch selbst Auto, was ebenfalls gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Ebenso konsumiere der Beschwerdeführer Benzodiazepine, auch Reisen in die Türkei seien ihm möglich. Trotzdem werde eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht. Wenn dem Beschwerdeführer im Alltag zu viel abgenommen werde, könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen. An Ressourcen bestünden Berufserfahrung und ein normaler Schulabschluss. Der Beschwerdeführer lebe bei seinen Eltern, es bestehe eine schwierige Situation, da die Familie von ihm erwarte, dass er eine Frau heirate. Der Beschwerdeführer mache gegenwärtig in seinem Alltag nicht viel (Urk. 8/49/26) .

Durch eine stationäre Entzugsbehandlung könne eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Sollte sich eine Bipolar-II-Störung bestätigen , könne eine medikamentöse Behandlung mit Lithium sehr hilfreich sein (Urk. 8/49/27) . Berufliche Massnahmen könnten zur Zeit nicht empfohlen werden, da sich der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig fühle. Unter Abstinenz und einer adäquaten Behandlung könnten berufliche Massnahmen im Sinne einer Beratung mit Hilfe bei der Stellensuche oder allenfalls einem schrittweisen Arbeitstraining zur Realisierung der bestehenden medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit empfohlen werden (Urk. 8/49/28) . 3.9.3

In der Konsensbeurteilung attestierten die Gutachter dem Beschwerdeführer, er könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sieben bis acht Stunden anwesend sein ; bei vermehrtem Pausenbedarf bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % . Die angestammte

Tätigkeit sei angepasst, jede andere ähnlich gelagerte Tätigkeit sei möglich. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei durch das psychische Leiden begründet. Mit einer regelmässigen psychiatrischen Behandlung sowie einem stationären Benzodiazepinentzug könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. Nach einem Entzug sei voraussichtlich ein volles Arbeitspensum möglich (Urk. 8/49/8). 3.10

In ihrer Stellungnahme zum Vorbescheid vom 21. Juni 2019 (Urk. 8/67/3-5) führte Dr. A. ___ aus, dass der Beschwerdeführer keinesfalls als Supervisor im Kontaktcenter der Y. ___ arbeitsfähig sei. Es handle sich um eine mindestens mittelschwere, chronische, therapieresistente depressive Episode bei Bipolar-II-Störung. Die Benzodiazepine benötige er bis auf Weiteres gegen Angst und Panik, da sich SSRI bei ihm als praktisch wirkungslos erwiesen hätten. Es handle sich um eine sekundäre low-dose-Benzodiazepinabhängigkeit und nicht um einen Abusus. Der hohe Medikamentenkonsum des Beschwerdeführers sei Ausdruck seines hohen Leidensdrucks. Der depressive Zustand habe sich als therapieresistent erwiesen. Versucht worden seien zahlreiche Antidepressiva, kontinuierliche

Psychotherapie und zwei Aufenthalte in einer Tagesklinik. Der Beschwerdeführer sei jetzt auf der Warteliste für eine ambulante EKT

(Urk. 8/67/4).

Ein Benzodiazepinentzug würde zum jetzigen Zeitpunkt den psychischen Zustand und damit die Arbeitsfähigkeit verschlechtern, insbesondere die innere Unruhe und die Ängste massiv verstärken und die Häufigkeit und Intensität der Panikattacken erhöhen. Ein Entzug sei deshalb erst nach Abklingen der Depression zumutbar. Sie beantrage eine IV-unterstützte berufliche Wiedereingliederung nach Abschluss der EKT (Urk. 8/67/5). 3.11

In einer Stellungnahme vom 9. August 2019 (Urk. 8/68/3 f.) führte

Dr. I. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

vom Regionalärztlichen Dienst (RAD) aus, dass der Gutachter die angestammte Tätigkeit aufgrund der psychiatrischen Untersuchung, die neben der leicht- bis mittelgradigen depressiven Symptomatik (verstärkt durch den Substanzkonsum) keine größeren Auffälligkeiten gezeigt habe, als angepasst eingeschätzt habe, was plausibel nachvollziehbar sei. Anzumerken sei, dass Benzodiazepine unter anderem in Konzentrationsstörungen, Antriebsstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Interessensverlust und Affektflachungen verursachen könnten, so dass grundsätzlich nicht klar sei, ob tatsächlich eine Depression alleinige Ursache der beschriebenen Einschränkungen sei. Nur schon um Klarheit bezüglich der depressiven Symptomatik zu erhalten, wäre eine Abstinenz anzustreben. Da die Behandlerin eine berufliche Wiedereingliederung nach EKT-Behandlung wünsche, sei offensichtlich eine solche Behandlung geplant. Vorgängig sei es jedoch unumgänglich, eine Benzodiazepin-Abstinenz zu erreichen (Bedingung zur EKT-Behandlung). Aus diesem Grund könne das Argument der Behandlerin, dass eine Entzugsbehandlung und nachfolgende Abstinenz nicht zumutbar sei, nicht nachvollzogen werden. Eine fixe Benzodiazepin-Medikation bei Panikattacken und Ängsten sei sicher keine adäquate psychiatrische Therapie, diese könnten psychotherapeutisch sehr gut angegangen werden.

Zur Abhängigkeitsproblematik legte Dr. I.____ dar, bei einer Xanax -Dosis von 4 x 0,5 mg pro Tag sowie ein bis drei Xanax 1

mg pro Tag als Reserve könne nicht von einer low -dosis-Abhängigkeit ausgegangen werden (Urk. 8/68/3 f.) .

Weiter legte sie dar, die von Dr. A.____ angeführte Symptomatik entspreche einer mittelgradigen depressiven Episode, was auch in etwa mit der Aussage des Gutachters übereinstimme. Unklar sei dabei, welcher Anteil zu Lasten der Sedativmedikation gehen könnte. Weder im Einwand noch in der Stellungnahme von Dr. A.____

würden neue medizinische Fakten genannt, auf das Gutachten könne weiterhin abgestellt werden (Urk. 8/68/4). 4.

4.1

Das interdisziplinäre

Z.____ -Gutachten wurde zur Hauptsache in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und es basiert auf einlässlichen fachärztlichen Untersuchungen. Die Gutachter führten jeweils eine sorgfältige Anamnese- und Befunderhebung durch. Sie berücksichtigten die geklagten Beschwerden angemessen und beantworteten die gestellten Fragen umfassend. Insbesondere setzten sie sich auch mit den zum Teil anderslautenden ärztlichen Beurteilungen auseinander. Sie begründeten die eigene Einschätzung schlüssig und nachvollziehbar. Namentlich erscheint die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % aufgrund der relativ gering ausgeprägten psychiatrischen Untersuchungsbefunde (Urk. 8/49/24) als einleuchtend. Sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten sind daher grundsätzlich erfüllt (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). 4.2

Die

Z.____ -Gutachter Dr. G.____ und Dr. H.____

nannten keine somatischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.9.1).

In somatischer Hinsicht machte der Beschwerdeführer dagegen geltend, der Befund eines essentiellen Tremors sei bei der gutachterlichen Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit unterschlagen worden, obwohl er selbst unter Medikation nicht vollständig beschwerdefrei, sondern in der Feinmotorik und der Handmuskelkoordination eingeschränkt sei (Urk. 1 S. 16). Allerdings handelt es sich dabei nicht um einen Befund, der vom Gutachter Dr. G.____ im Rahmen der allgemeininternistischen Untersuchung erhoben wurde .

Vielmehr hatte der Beschwerdeführer selbst im Rahmen der Anamneseerhebung auf den Tremor hin gewiesen und erklärt, er nehme deshalb Inderal, womit er nicht zittere. Eine allfällige Einschränkung der Feinmotorik oder der Koordination erwähnte er nicht (Urk. 8/48/15). Eine solche konnte alsdann bei der Untersuchung der Extremitäten durch den Gutachter auch nicht festgestellt werden (vgl. Urk. 8/49/17). Unter diesen Umständen und insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass sich die Diagnose eines essentiellen Tremors aus den weiteren medizinischen Akten nicht ergibt, ist nicht zu beanstanden, dass Dr. G.____ diesen in der Diagnose liste nicht aufführte. Ansonsten geht weder aus dem allgemeininternistischen Gutachten noch aus den Vorbringen des Beschwerdeführers eine

die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit einschränkende somatische Beeinträchtigung hervor (vgl. Urk. 1, Urk. 8/49/7). Relevant für die Würdigung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sind somit einzig die psychiatrischen Befunde und gestellten Diagnosen.
4.3 4.3.1

Dr. H.____

nannte im psychiatrischen Gutachten im Wesentlichen die Diagnosen einer Bipolar-II-Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradig e depressive Episode (ICD-10 F31.80, F 33.0/33.1) sowie einer Störung durch multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F19.25 ; Urk. 8/49/24 f.) . Die Einschätzung der dadurch bewirkte n Einschränkung in der Leistungsfähigkeit vermag - wie bereits ausgeführt (vorstehend E. 4.1) - zu überzeugen .

Dagegen erachtete der Beschwerdeführer das Gutachten nicht als beweiskräftig, da es nicht in Kenntnis aller medizinischen Vorakten erstellt worden sei. Insbesondere sei die Behandlungsbestätigung der Tagesklinik der E.____ nicht berücksichtigt worden. Da darin unter anderem eine Panikstörung diagnostiziert werde, sei diese für die Beurteilung seines Gesundheitszustandes relevant. In der Folge habe sich der Gutachter auch nicht mit der Diagnose einer Panikstörung auseinandergesetzt obwohl sich diese auch aus den Vorakten ergebe (Urk. 1 S.

10).

Die Ausführungen des Beschwerdeführers sind insofern zutreffend, als die Behandlungsbestätigung der Tagesklinik der E.____ (Urk. 8/43; vorstehend E. 3.8) in der Auflistung der vorhandenen Akten im Gutachten nicht aufgeführt ist (vgl. Urk. 8/49/11 f.) . Allerdings wurde sie den Gutachtern von der Beschwerdegegnerin vor Erstellung des Gutachtens zugestellt (Urk. 8/44) .

Ansichts der fehlenden Ausführungen, wie sich die Störung manifestiert und auswirkt (vgl. Urk. 8/ 43) ,

sowie der Tatsache, dass sich die Diagnose einer Panikstörung auch aus der im Gutachten wiedergegebenen Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. I.____ vom 9. August 2018 ergibt (Urk. 8/54/3, vgl. Urk. 8/49/5) enthält die Bestätigung keine relevanten, im Gutachten nicht berücksichtigten Informationen über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Dies berichtet sodann auch selbst während der psychiatrischen Begutachtung von anfallsartigen Ängsten, die durch äussere Situationen ausgelöst würden (Urk. 8/49/ 23, Urk. 8/49/24; vorstehend E. 3.9.2) ;

diese wurden in der interdisziplinären Beurteilung als Panikattacken bezeichnet (Urk. 8/49/7). Unter diesen Umständen ist die allenfalls fehlende Berücksichtigung der genannten Behandlungsbestätigung nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens in Frage zu stellen.

In diesem Zusammenhang ist sodann darauf hinzuweisen, dass nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist , sondern die zugrunde liegenden psychiatrischen Befunde (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 mit Hinweisen ; Urteil des Bundesgerichts 8C_782/2012 vom 22. Oktober 2013 E. 4.3.3) . Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und dem begutachtenden Psychiater bleibt praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu

respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2017 vom 28. November 2017 E. 4.3 mit Hinweis auf 8C_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1). Aus der Erwähnung der vom Beschwerdeführer beschriebenen Panikattacken sowohl im psychiatrischen Gutachten (Urk. 8/49/23 f.) als auch in der interdisziplinären Beurteilung (Urk. 8/49/7) ergibt sich, dass sich Dr. H.____

der entsprechenden Beschwerden des Beschwerdeführers bewusst war und diese in seine Diagnosestellung mit einbezog. Dass er zu einem anderen Schluss als die Fachleute der E.____ kam, erscheint mit Blick darauf, dass die Panikstörung einzig von diesen diagnostiziert wurde (vgl. Urk. 8/11/11, 8/11/23, 8/26/3), durchaus nachvollziehbar. Z war erwähnte auch die behandelnde Psychiaterin Dr. A.____, dass der Beschwerdeführer unter Panikattacken und Ängsten leide, und verschrieb ihm entsprechende Medikamente, doch stellte auch sie

keine entsprechende Diagnose (Urk. 8/67/4). Es liegt somit keineswegs eine Situation vor, in der die behandelnden Ärzte einhellig eine Panikstörung diagnostizierten und nur der psychiatrische Gutachter davon abwich, was eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Diagnosekriterien erfordert hätte. Dass der Gutachter nicht weiter auf die nicht begründete abweichende Diagnosestellung der Fachleute der E.____ einging, ist daher nicht zu beanstanden, insbesondere ist

es nicht erforderlich, dass der Gutachter mit den behandelnden Ärzten Kontakt aufnimmt (Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3). 4.3.2

Im Weiteren

kritisierte der Beschwerdeführer die Dauer der Untersuchung, welche nur 45 Minuten in Anspruch genommen habe (Urk. 1 S. 11). Gemäss bundesgerichtlicher Praxis ist indes von vornherein

nicht die Dauer der jeweiligen Untersuchung massgebend, sondern in erster Linie vielmehr, ob die darauf basierenden ärztlichen Folgerungen inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_848/2012 vom 16. April 2013 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Dies ist vorliegend - wie noch zu zeigen sein wird - der Fall. 4.3.3

Der Beschwerdeführer brachte ferner vor, der psychiatrische Gutachter klammere die Auswirkungen der Abhängigkeitsstörung aus der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus, was nach neuster bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht zulässig sei (Urk. 1 S. 8).

Aus dem Z.____-Gutachten ergibt sich, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der diagnostizierten Bipolar-II-Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 31.80, F33.0/F33.1), in der angestammten Tätigkeit um 20% verringert ist. Der Störung durch multiplen Substanzgebrauch, gegenwärtig Sedativa oder Hypnotika, anamnestisch Alkohol, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F19.25), wurde hingegen kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen. Ferner hielten die Gutachter fest, dass die depressiven Symptome durch den Substanzgebrauch noch verstärkt würden (Urk. 8/49/7). Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. H.____ sodann aus, dass die Störung durch den Substanzkonsum deutlich ausgeprägt sei. Es bestünden Hinweise auf eine sekundäre Störung durch Substanzkonsum bei zuvor hypomanischer Gemütsstimmung. Eine genaue Beurteilung könne aber erst unter einer Abstinenz nach entsprechender Entzugsbehandlung gemacht werden (Urk. 8/49/25). Aus diesen Ausführungen ergibt sich jedoch entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht, dass die Auswirkungen der

Abhängigkeitsstörung aus der Beurteilung ausgeklammert worden sind. Auch wenn der Gutachter darlegt, dass die Störung durch Substanzkonsum die depressive Symptomatik verstärken könnte, bedeutet dies nicht, dass dadurch die Arbeitsfähigkeit um mehr als die attestierten 20 % eingeschränkt wird. Ganz im Gegenteil ergibt sich aus der Beurteilung des Gutachters, mit einer Entzugsbehandlung könne eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden (Urk. 8/49/8), dass er die Auswirkungen der Abhängigkeitsstörung auf die Depression in seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einbezogen hatte und ihr lediglich keinen zusätzlichen Einfluss beimass, was auch im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht zu beanstanden ist. 4.3.4

Im Folgenden ist die Frage nach den Auswirkungen psychischer Erkrankungen - wie auch von Abhängigkeitssyndromen (BGE 145 V 215)

- auf das funktionelle Leistungsvermögen rechtsprechungsgemäss

unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten (BGE 143 V 418 E. 6; vgl. vorstehend E. 1.3).

Zu den für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblichen Standardindikatoren (vgl. E. 1.3 vorstehend) ist zum Komplex « Gesundheitsschädigung »

festzuhalten, dass der diagnostizierten Bipolar-II-Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 31.80, F33.0/F33.1), ein leichter bis mittlerer Schweregrad inhärent ist. Zum Indikator « Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz » ist anzumerken, dass die Therapiemöglichkeiten gemäss dem psychiatrischen Gutachter nicht ausgeschöpft sind. Durch eine stationäre Entzugsbehandlung sowie Anpassungen der Medikation könnte eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden (Urk. 8/49/27). Eine solche Entzugsbehandlung erscheint entgegen den Einwendungen von Dr. A.____

in ihrem Schreiben im Rahmen des Einwandverfahrens gegen den Vorbescheid (Urk. 8/67) als zumutbar, hatte sie doch selbst in einem Bericht vom 6. April 2018 ausgeführt, dass auch die geplante EKT wegen der zu hohen Benzodiazepinmedikation nicht durchgeführt werden könne und diese langsam reduziert werde. Einen stationären Aufenthalt habe der Beschwerdeführer bisher immer abgelehnt (Urk. 8/26/8). Dies deckt sich mit der Einschätzung von RAD-Ärztin Dr. I.____, dass eine Abstinenz Bedingung für die Durchführung einer EKT sei (Urk. 8/68/4).

Aus der Stellungnahme vom 21. Juni 2019 von Dr. A.____

ergibt sich sodann, dass der Beschwerdeführer auf hohen Dosen sedierender Substanzen beharrt (Urk. 8/67/3). Unter diesen Umständen kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.4). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kann dem nach davon ausgegangen werden, dass keine Therapieresistenz vorliegt, sondern verschiedene Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft wurden.

Hinsichtlich der Komorbiditäten ist anzumerken, dass Dr. H.____ zwar der als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführten Abhängigkeitsstörung eine die Depression möglicherweise verschlechternde Wirkung zuschreibt, diese jedoch wie oben dargelegt (vgl. vorstehend E. 4.3.3) bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigte. Weitere relevante Komorbiditäten liegen nicht vor.

In Bezug auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers ist festzuhalten, dass es sich um eine Persönlichkeitsstörung mit akzentuierten Persönlichkeitszügen handelt (vgl. Urk. 8/49/24). Der Persönlichkeitsstruktur ist in Anbetracht dieser Umstände keine ressourcenhemmende Wirkung beizumessen.

Zum sozialen Lebenskontext äusserte sich der Beschwerdeführer dahingehend, dass er bei seinen Eltern lebe. Selbst wenn die Beziehung aufgrund der Erwartung der Eltern, dass er eine Frau heirate, belastet ist, kann nicht gesagt werden, dass das ansonsten intakte Familienleben mit der Mutter, die für ihn die Haushaltsarbeiten erledigt, eher als ressourcenfördernd zu betrachten ist.

In Bezug auf die beweisrechtlich entscheidende Kategorie «Konsistenz» ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer einen eher passiven Alltag mit einem geringen Aktivitätsniveau geschildert hat (Urk. 8/49/23). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der Beschwerdeführer auch vor der Erkrankung keinen Hobbies nachgegangen ist (Urk. 8/49/23). Zudem ist er gemäss Einschätzung der Gutachter im Alltag nicht wesentlich eingeschränkt. Seine Untätigkeit werde auch unterstützt durch die Hilfe der Familie, was zu einem sekundären Krankheitsgewinn führe (Urk. 8/49/7).

Ferner fährt der Beschwerdeführer auch selbständig Auto und reist in die Türkei (Urk. 8/49/26), wobei nicht nur die von seiner Rechtsvertreterin angeführte Reise anlässlich des Todes seiner Grossmutter (Urk. 1 S. 13), sondern auch solche zur Durchführung von plastischen Operationen Ende des Jahres 2017 aktenkundig sind (Urk. 8/26/7). Der Beschwerdeführer nimmt seit Februar 2017 eine ambulante psychiatrische Behandlung wahr (Urk. 8/67/3) und befand sich vom 19. Juni 2017 bis 1. September 2017 sowie vom 12. März 2018 bis 13. August 2018 in einem teilstationären Setting in der Tagesklinik der E.____ (Urk. 8/43). Ferner liegen die Spiegel der verordneten Medikamente im therapeutischen Bereich, was darauf schliessen lässt, dass er diese regelmässig einnimmt. Dies und auch die Tatsache, dass er mit der geplanten EKT weitere Therapiemöglichkeiten in Betracht zieht, weist auf einen nicht zu vernachlässigenden Leidensdruck hin. Andererseits wurde die vom Gutachter empfohlene Entzugsbehandlung trotz deren Zumutbarkeit und Notwendigkeit für die EKT bisher noch nicht durchgeführt.

Die Gutachter erachteten eine Arbeitstätigkeit von 80 %

sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Customer Consultant als auch in jeder ähnlich gelagerten Tätigkeit für zumutbar (Urk. 8/49/8). Angesichts des leichten bis mittleren Schweregrads des diagnostizierten Gesundheitsschadens ohne namhafte Komorbiditäten oder ressourcenhemmende Persönlichkeitsmerkmale, der mangelnden Behandlungsresistenz und der nicht wesentlichen Einschränkung im Alltag ist diese Einschätzung gestützt auf das strukturierte Beweisverfahren nicht zu beanstanden.

Dies vermag die abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnde Psychiaterin Dr. A.____, die dem Beschwerdeführer nach langsame Angewöhnung einer Arbeitsfähigkeit von höchstens drei bis vier Stunden pro Tag im zweiten Arbeitsmarkt attestiert (Urk. 8/67/3), nicht in Zweifel zu ziehen. Allgemein ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen zunächst auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese 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).

Vorliegend ist Dr. A.____ eine gewisse Nähe zum Beschwerdeführer und eine Identifikation mit dessen Interessen nicht abzusprechen, was den Beweiswert ihrer Beurteilung mindert (Urteil des Bundesgerichts 8C_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3). So ist sie nicht nur seit etwa zwei Jahren seine behandelnde Psychiaterin, sondern stellte auch Anträge im Rahmen des Einwandverfahrens gegen den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/67/5) und die Einstellung der Taggeldleistungen durch die Krankentaggeldversicherung (Urk. 8/11/18 f.). Ferner lässt es auch die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

5.

5.1

Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wobei der Beschwerdeführer unbestrittenermassen als zu 100 % Erwerbstätiger zu qualifizieren ist (vgl. Urk. 8/68/1).

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 ausgleichender 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 gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

In gewissen Fällen, insbesondere dort, wo Validen- und Invalideneinkommen an derselben Tätigkeit zu ermitteln sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.5), kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. sogenannter Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen). 5.2

Aktuell geht der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit nach. Gemäss der beweiskräftigen medizinischen Beurteilung ist jedoch nach wie vor auch die angestammte Tätigkeit als Customer Consultant in einem Pensum von 80 % zumutbar (Urk. 8/49/8). Somit sind sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen ausgehend von denselben Lohnansätzen zu berechnen. Deren zahlenmässige Ermittlung erübrigt sich indessen. Vielmehr entspricht der Grad der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad (Urteil des Bundesgerichts 8C_365/2012 vom 30. Juli 2012 E. 7).

Der Invaliditätsgrad liegt somit grundsätzlich bei 20 % . Nur die Vornahme ein es leidensbedingte n Abzug s in der maximal möglichen Höhe von 25 % (BGE 135 V

297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc) hätte einen rentenbe gründenden Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zur Folge. Daf ür besteht vor liegend jedoch kein Anlass , umso mehr als dies vom Beschwerdeführer auch nicht angebehrt wurde , womit es bei einem Invaliditätsgrad von 20 %

sein Bewenden hat . 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Zu prüfen bleibt der vom Beschwerdeführer gestellte Antrag, wonach das Ver fahren auf berufliche Massnahmen auszudehnen sei (Urk. 1 S. 2).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, das heisst ausserhalb des durch die Verfügung beziehungsweise durch den Einspracheentscheid bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streit gegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestandsgesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäußert hat (BGE 130 V 501, 122 V

34 E. 2a mit Hinweisen).

Der angefochtenen Verfügung sind keine Ausführungen betreffend berufliche Massnahmen zu entnehmen (Urk. 2 S. 2). Ferner nimmt die Beschwerdegegnerin auch in der Beschwerdeantwort keine Stellung dazu (Urk . 7). Daher fehlt es an einer Äusserung der Beschwerdegegnerin zu einem allfällige n Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen . Auf den Antrag des Beschwerdeführers ist vor diesem Hintergrund nicht einzutreten.

Ihm bleibt es jedoch unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin ein entsprechen des Gesuch zu stellen.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer beantragte sodann, das Verfahren auf die Auflage vom 5. April 2019 betreffend stationären Benzodiazepinentzug auszudehnen und diese aufzuheben (Urk. 1 S. 2).

Im Schreiben vom 5. April 2019 (Urk. 8/55) -

überschrieben mit «Voraussetzun gen für allfällige zukünftige Leistungsansprüche: Durchführung einer Mass nahme zur Verbesserung des Gesundheitszustandes» - hielt die Beschwerdegeg nerin unter anderem und unter Hinweis auf die gleichentags in Aussicht gestellte Abweisung des Leistungsbegehrens (vgl. Urk. 8/56) fest, dass der Gesundheitszu stand mit regelmässiger psychiatrischer Behandlung und Benzodiazepinentzug w esentlich verbessert werden könne und die Mitwirkungspflicht auch im Hinblick auf eine zukünftige

IV-Anmeldung gelte. Dem Schreiben kommt in Bezug auf den vorliegend zu beurteilenden Rentenanspruch keine Bedeutung zu. Erst wenn der Beschwerdeführer der Aufforderung keine Folge leistet, könnte allenfalls eine Verweigerung der Leistungen und somit ein nicht wieder gutzumachender Nachteil eintreten (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, N 29 zu Art. 7-7b). Ein solcher ist weder ersichtlich noch geltend gemacht.

Da die angefochtene leistungsanspruchsverneinende Verfügung (Urk. 2) nicht mit einer Verletzung der Schadenminderungspflicht begründet wurde und sich die Ausführungen im fraglichen Schreiben der Beschwerdegegnerin auf einen allfälligen zukünftigen Leistungsanspruch bezogen, ist diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten. 7.

Zusammengefasst hat die Beschwerdegegnerin somit zu Recht auf das Z.____-Gutachten abgestellt und einen Leistungsanspruch verneint. Die angefochtene Verfügung vom 10. September 2019 ist somit nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist, soweit darauf eingetreten wird. 8.

8.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 9) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 8.2

Mit Verfügung vom 19. November 2019 (Urk. 9) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Anna Härry als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt. Da diese von der Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen (vgl. Urk.

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. 9

Dispositiv-Ziffer 3), keinen Gebrauch gemacht hat, ist die Entschädigung ermessensweise ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzulegen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist die Entschädigung von Amtes wegen auf Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 8.3

Der Beschwerdeführer ist abschliessend auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an die unentgeltliche Rechtsvertreterin verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Anna Härry, Zug, wird mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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