

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00017 vom 30. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00017)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00017 du 30 avril 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00017 del 30 aprile 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1983, brach das Gymnasium im Jahr 2004 kurz vor der Matura ab ( Urk. 7/2, Urk. 7/12, Urk. 7/13/3) und absolvierte in der Folge keine berufliche Ausbildung ( Urk. 7/5, Urk. 7/6/4). In den Jahren 2005 bis 2010 arbeitete der Versicherte - offenbar Dank der Vermittlung seines Vaters ( Urk. 7/12/1) - in einem Pensum von circa 40 % im Büro für die Y.\_\_\_\_

AG ( Urk. 7/4, Urk. 7/12/1), war danach nicht mehr erwerbstätig ( Urk. 7/17/1) und bestritt seinen Lebensunterhalt gemäss seinen eigenen Angaben in erster Linie mittels der Mietzinseinnahmen eines im Rahmen eines Erbvorbezuges erhaltenen Hauses ( Urk. 7/5/2, Urk. 7/13/3).

Anfang Juni 2015 nahm der Versicherte im geschützten Rahmen eine Teilzeitätigkeit als Mitarbeiter im Bistro Z.\_\_\_\_ auf ( Urk. 7/13/2, Urk. 7/19/3) und meldete sich am 5. Juni 2015 unter Hinweis auf eine seit früher Kindheit bestehende psychische Beeinträchtigung beziehungsweise soziale Phobie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 7/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen durch und teilte dem Versicherten am 4. November 2015 mit, aufgrund seines Gesundheitszustandes seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich ( Urk. 7/23). Mit Schreiben vom 5. November 2015 forderte sie den Versicherten sodann unter Hinweis auf die Schadenminde rungspflicht auf, sich in psychiatrische Behandlung zu begeben ( Urk. 7/25). Am 21. Oktober 2016 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining im Bistro Z.\_\_\_\_

vom 17. Oktober 2016 bis am 8. Januar 2017 ( Urk. 7/36) und am 28. Dezember 2016 und 25. Juli 2017 für ein daran anschliessendes Aufbaustraining vom 9. Januar bis 16. Juli 2017 beziehungsweise vom 21. August bis 20. November 2017 ( Urk. 7/41, Urk. 7/51).

Nachdem der Versicherte die dafür gesetzten Ziele nach anfänglich sehr positivem Verlauf nicht erreicht hatte, teilte ihm die IV-Stelle am 21. November 2017 die Beendigung der Integrationsmassnahme mit ( Urk. 7/57). In der Folge holte die IV-Stelle weitere Berichte der behandelnden Ärzte sowie ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein, das am 22. März 2019 erstattet wurde ( Urk. 7/79). Am 28. März 2019 stellte die IV-Stelle Ergänzungsfragen zum Gutachten ( Urk. 7/80), die am 23. April 2019 beantwortet wurden ( Urk. 7/81).

Mit Vorbescheid vom 30. April 2019 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht ( Urk. 7/84). Nachdem der Versicherte am 28. Mai

2019 dagegen Einwand erhoben hatte ( Urk. 7/91) und diesen

am 5. Juli 2019 unter Beilage einer Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 14. Juni 2019 ( Urk. 7/99) begründet hatte ( Urk. 7/100), stellte die IV-Stelle weitere Rückfragen an den Gutachter ( Urk. 7/104), die am

### **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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

### **E. 1.4**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a ). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, am 9. Januar 2020 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung der IV-Stelle vom 22. November 2019 sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab Dezember 2015 (unterbrochen von den Perioden des IV-Taggeldbezugs in den Jahren 2016 und 2017) eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Die Sache sei zudem zur Fortsetzung der Eingliederungsbemühungen und erstmaligen Ausbildung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zur erneuten psychiatrischen Begutachtung und anschliessender neuer Entscheidung über den Rentenanspruch und den künftigen Anspruch auf erstmalige berufliche Eingliederung zurückzuweisen. Ferner stellte der Beschwerdeführer den Verfahrensantrag, es sei auf Kosten der Beschwerdegegnerin durch das Gericht ein psychiatrisches Obergutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 11. Februar 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), wovon dem Beschwerdeführer mit

Verfügung vom 13. Februar 2020 Kenntnis erteilt wurde ( Urk. 8). Mit Eingabe vom 21. Februar 2020 reichte der Beschwerdeführer weitere Unterlagen ein ( Urk. 9, Urk. 10/1-3), die Beschwerdegegnerin verzichtete am 4. März 2020 darauf, dazu Stellung zu nehmen ( Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers damit, dass das zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts eingeholte psychiatrische Gutachten ergeben habe, dass aus psychiatrischer Sicht keine wesentlichen Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Der Beschwerdeführer verfüge über Ressourcen, um sein soziophobisches Verhalten zu überwinden, weshalb ihm aufgrund der diagnostizierten sozialen Phobie keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könnten. Weshalb weder eine Persönlichkeitsstörung noch eine depressive Störung diagnostiziert werden könne und wieso eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei, sei ausführlich begründet worden. Die Umsetzbarkeit der Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft hänge ausschliesslich von der Motivation des Beschwerdeführers ab. Es sei davon auszugehen, dass die vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands durch den negativen Vorbescheid ausgelöst worden sei, was eine vorübergehend verminderte Leistungsfähigkeit nachvollziehbar mache ( Urk. 2 S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die Beschwerdegegnerin habe die Invalidität aufgrund seit der Kindheit bestehender Einschränkungen im Sommer 2015 zunächst anerkannt und Eingliederungsmassnahmen zugesprochen. Seither habe sich seine gesundheitliche Situation nicht gebessert ( Urk. 1 S. 7).

Das eingeholte psychiatrische Gutachten sei in verschiedener Hinsicht ungenügend und beweisuntauglich. Dies zeige sich bereits im Aufbau des Gutachtens, der erheblich von der von der IV-Stelle vorgegebenen Struktur abweiche. Ferner sei die Anamnese mangelhaft und es seien weder fremdanamnestiche Angaben eingeholt noch Testuntersuchungen vorgenommen worden ( Urk. 1 S. 8).

Unter Hinweis auf die ausführlichen Stellungnahmen der behandelnden Dr. med.

B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Juni und 15. August 2019, die zum integralen Bestandteil der Beschwerde erklärt würden, sei das psychiatrische Gutachten auch aus medizinischer Sicht als ungenügend anzusehen. So habe sich Dr. A.\_\_\_\_ nur pauschal mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte vor Beginn der beruflichen Massnahmen im Oktober 2016 auseinandergesetzt und seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für diese Periode beschränke sich darauf, im Längsschnitt ab Juni 2015 von einer Arbeitsfähigkeit auszugehen, was klar ungenügend sei ( Urk. 1 S. 9). Die behandelnde Psychiaterin erläutere in ihrer Stellungnahme vom 14. Juni 2019 ausführlich und überzeugend ihre sich von Dr. A.\_\_\_\_ unterscheidende Beurteilung sowie die von ihr gestellten Diagnosen einer sozialen Phobie, einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig. Ferner habe sie gut begründet eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert ( Urk. 1 S. 10 ff. ). Gestützt darauf sei ein Anspruch auf eine ganze Rente ab Dezember 2015 ausgewiesen ( Urk. 1 S. 12). Das Scheitern der Eingliederung sei krankheitsbedingt und nicht, wie von Dr. A.\_\_\_\_ zu Unrecht angenommen, mit fehlender Motivation begründet ( Urk. 1 S. 13). Die im

Gutachten beschriebenen Ressourcen und sozialen Kontakte seien sodann falsch oder überbewertet worden ( Urk. 1 S. 14 f. ).

Sein gesundheitlicher Zustand habe sich während des Aufbautrainings massiv verschlechtert. Neben der zunehmenden Überforderung im Aufbautraining sei eine unprofessionell gehandhabte Situation mit einer Beziehung zu einer Mitarbeiterin ein Mitauslöser der Verschlechterung, die gesundheitlichen Beschwerden hätten jedoch bereits seit Jahren und unabhängig von diesem Vorfall bestanden ( Urk. 1 S. 16 f.). Im Anschluss an das Aufbautraining sei er ab dem 27. November 2017 während einer Periode von 13 Monaten überwiegend in stationärer und tagesklinischer psychiatrischer Behandlung gestanden. Das Gutachten sei auch für diese Periode ungenügend, da sich der Gutachter nicht mit der Zeit der stationären Behandlung

auseinandergesetzt habe. Es habe sich dabei nicht um eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit gehandelt, diese sei vielmehr rentenerheblich ( Urk. 1 S. 17 f.).

Die behandelnde Psychiaterin widerspreche zudem auch der gutachterlichen Annahme, wonach er innert drei bis sechs Monaten zu einer Steigerung von einem halben Tag Präsenzzeit bis zu einer vollen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt in der Lage sein solle. Sein Gesundheitszustand habe sich nach einem Jahr mit intensiver stationärer und teilstationärer Behandlung verbessert und stabilisiert, weshalb er sich nun seit einigen Monaten erneut um seine berufliche Eingliederung bemühe. Die Voraussetzungen zur Fortsetzung der beruflichen Eingliederungsmassnahmen sollten daher wieder gegeben sein ( Urk. 1 S. 19 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. 3.

#### **3.1**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 7. September 2015 die Diagnosen einer schweren Sozialphobie (ICD-10 F40.1) sowie eines depressiven Stimmungsbildes. Er hielt fest, der Beschwerdeführer leide bereits seit dem Alter von fünf Jahren unter schweren Ängsten und sei aufgrund der Erkrankung bereits im Kindergarten und während der gesamten Schulzeit auffällig gewesen. Im Jahr 2004 habe er das Gymnasium kurz vor der Matura abgebrochen. Seither habe er keinen regelmässigen Tätigkeiten nachgehen können ( Urk. 7/19/2). Der Beschwerdeführer arbeite an einer geschützten Stelle unentgeltlich dreimal pro Woche für fünf Stunden im Service. Wahrscheinlich sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit in diesem Rahmen zumutbar ( Urk. 7/19/3). 3.2

Der Beschwerdeführer nahm im August 2015 eine psychiatrische Therapie bei Dr. med. B.\_\_\_\_

auf, die in ihrem Bericht vom 22. April 2016 die Diagnosen einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) und einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) stellte ( Urk. 11/31/1).

Sie hielt fest, die Erkrankung habe dazu geführt, dass der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung abschliessen könne. Seit dem 28. August 2015 bis zum Berichtszeitpunkt sei er zu 100 % arbeitsunfähig, eine Tätigkeit im geschützten Rahmen

sei ihm ab sofort jedoch zu ca. 50 % möglich ( Urk. 7/31/3). In einem ersten Schritt sei die Konsolidierung und allenfalls der Ausbau der gegenwärtigen Leistungsfähigkeit im geschützten Rahmen zu empfehlen, daraufhin sollte der Beschwerdeführer zu einer Ausbildung im geschützten Rahmen in der Lage sein. Bei gutem Verlauf könne eventuell in einigen Jahren der Schritt in den ersten Arbeitsmarkt, zumindest mit einem Teilzeitpensum, gewagt werden ( Urk. 7/31/2). 3.3

Vom 27. November 2017 bis am 10. Januar 2018 begab sich der Beschwerdeführer für einen stationären Aufenthalt in die Klinik D.\_\_\_\_, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die behandelnden Fachpersonen hielten im Austrittsbericht vom 22. Januar 2018 zusätzlich zu den von Dr. B.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) fest ( Urk. 7/64/2). Vor dem Hintergrund der selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung hätten sich vor Eintritt eine Zunahme der sozialen Ängste und die Entwicklung eines depressiven Zustandsbildes gezeigt. Während der stationären Behandlung sei es bereits zu einer Zustandsverbesserung gekommen, eine Fortsetzung der Therapie werde dringend empfohlen ( Urk. 7/64/5).

Vom 13. Februar bis am 15. März 2018 war der Beschwerdeführer erneut in stationärer Therapie in der Klinik D.\_\_\_\_, wobei es während des Aufenthaltes gemäss den behandelnden Fachpersonen zu einer deutlichen Verbesserung der sozialen Ängste und der vorhandenen depressiven Symptomatik gekommen sei ( Urk. 7/67/3). 3.4

Anschliessend an die stationären Behandlungen wurde eine tagesklinische Behandlung des Beschwerdeführers in der Tagesklinik der psychiatrischen Klinik E.\_\_\_\_

in die Wege geleitet, die er am 18. Juni 2018 aufnehmen konnte, mit einer voraussichtlichen Dauer bis am 18. Dezember 2018 ( Urk. 7/68/2). Die behandelnden Fachpersonen hielten fest, dass im Rahmen der tagesklinischen Betreuung deutlich geworden sei, dass der Beschwerdeführer durch die Angstsymptomatik in unklaren Settings in starke Angstzustände gerate. Bereits der geschützte Rahmen sei für ihn nur schwer zu bewältigen ( Urk. 7/68/2). Nur unter der Voraussetzung einer sorgfältigen beruflichen Wiedereingliederung mit kleinen, gut begleiteten Schritten sei hinsichtlich der beruflichen und psychischen Stabilisierung eine ungünstige Prognose zu vermeiden. Ein Arbeitstraining mit anschliessendem gestaffeltem beruflichem Wiedereinstieg in einer geschützten Arbeitsstelle sei zu empfehlen ( Urk. 7/68/4). 3.5

Dem Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. März 2019 ist die Diagnose einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ( Urk. 7/79/16).

Dr. A.\_\_\_\_ hielt fest, aktenmässig könne beim Beschwerdeführer von einem plausibel dokumentierten schüchternen Verhalten seit der Kindheit sowie von einer Akzentuierung des sozialphobischen Verhaltens seit dem Tod seiner Mutter ausgegangen werden. Aufgrund der aktenmässig postulierten Freizeitaktivitäten und der freiwilligen Arbeit sowie der langjährigen Fähigkeit, Wohnungen zu vermieten und der regelmässigen Pflege seiner sozialen Kontakte im Freundeskreis könne beim Beschwerdeführer aber nicht von einem chronifizierten und therapieresistenten schweren sozialphobischen Verhalten ausgegangen werden. Weder die postulierte selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung noch die rezidivierende depressive Störung seien fachlich plausibel begründet und könnten daher nicht bestätigt werden. In sozialmedizinischer Hinsicht könne die attestierte 100%ige

Arbeitsunfähigkeit ab dem 28. August 2015 aufgrund des aktenmässig dokumentierten Leistungsniveaus und der sozialen Interaktionen des Beschwerdeführers nicht als plausibel angenommen werden (Urk. 7/79/16 f.).

Die frühe Kindheit des Beschwerdeführers sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen, wo mit sich keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung in der frühen Kindheit ergäben. Nach dem Tod seiner Mutter könne von einer Angstakzentuierung und einer schleichenden Entwicklung der sozialen Phobie ausgegangen werden, die aufgrund der Vermeidungshaltung einen fehlenden Maturaabschluss zur Folge gehabt habe. Aus seiner (Dr. A. \_\_\_s) Sicht könne klar festgestellt werden, dass beim Beschwerdeführer immer noch von einer fehlenden Verarbeitung des Verlusts der Mutter ausgegangen werden könne, die nicht zu strukturellen Persönlichkeitsdefiziten, sondern einer Entwicklung des soziophobischen Verhaltens - aber nur in belastenden Situationen - geführt habe. Die gescheiterten Eingliederungsmassnahmen im Jahr 2017 seien ganz ersichtlich nicht auf persönlichkeitsbedingte Leistungseinschränkungen, sondern auf die psychosoziale Belastung zurückzuführen. Auch die festgestellte Verschlechterung des psychischen Zustandes seit dem 17. Dezember 2018 sei auf die emotionale Belastung im Rahmen des laufenden Verfahrens der Invalidenversicherung zu rückzuführen. Aufgrund der jahrelangen vielen Ressourcen im sozialen Bereich sowie der vielseitigen Interessen und der sicherlich überdurchschnittlichen Intelligenz könne von einer günstigen Prognose bezüglich der Zustandsstabilisierung und Wiederherstellung einer verwertbaren vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Falls vom Beschwerdeführer erwünscht, könne ihm eine berufliche Eingliederung zwecks Abbau der angstbedingten Vermeidungshaltung im Sinne eines Arbeitstrainings im geschützten Rahmen von drei bis maximal sechs Monaten angeboten werden. Bei fehlender Motivation müsse aus Sicht von Dr. A. \_\_\_ eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Längsschnitt vorgenommen werden und ihm keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 7/79/17 f.).

Gestützt auf diese Ausführungen kam Dr. A. \_\_\_ zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in der Querschnittsbeurteilung anlässlich der Exploration vom 15. Februar 2019 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. In der Längsschnittbeurteilung sei er rückwirkend und zukünftig zu 100 % arbeitsfähig für alle Tätigkeiten, die seinem Bildungsniveau entsprächen (Urk. 7/79/18). Seit der Anmeldung bei der Invalidenversicherung könne nur von vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten aufgrund der stationären Therapiepräsenz oder aufgrund der angstbedingten Vermeidungshaltung ausgegangen werden. Ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der freien Wirtschaft umsetzbar sei, hänge ausschliesslich von seiner Motivation ab. Es seien allerdings keine psychischen Störungen festzustellen, welche seine Motivation krankheitsbedingt beeinflussen würden (Urk. 7/79/20). 3.6

In seiner Stellungnahme zu den Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin vom 23. April 2019 ergänzte Dr. A. \_\_\_, das Hauptkriterium für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich Kognitionen, Wahrnehmungen und sozialen Interaktionen sowie anhaltende Störungen der Impuls- und Affektkontrolle im Erwachsenenalter, was beim Beschwerdeführer nicht festzustellen sei (Urk. 7/81/1).

Die festgestellte Verschlechterung des psychischen Zustandes anlässlich der zweiten Exploration vom 15. Februar 2019 sei eindeutig auf die Besonderheit der gutachterlichen Situation zurückzuführen und nicht auf eine soziale Situation, da der Beschwerdeführer

aufgrund der anamnestischen Angaben vom 12. Dezember 2018 vor der psychiatrischen Untersuchung weitgehend erhaltene soziale Kontakte beschrieben habe. Berufliche Massnahmen könnten jederzeit begonnen werden, da der Beschwerdeführer abgesehen vom soziophobischen Verhalten absolut keine weiteren Einschränkungen seiner psychokognitiven Funktionen aufgewiesen habe (Urk. 7/81/2). Der Beschwerdeführer verfüge über zahlreiche Ressourcen, die ihm ermöglichen würden, das soziophobische Verhalten zu überwinden. Deswegen könne ihm aufgrund der diagnostizierten sozialen Phobie im Längsschnitt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 7/81/3). 3.7

Am 14. Juni 2019 nahm Dr. B.\_\_\_\_ Stellung zum psychiatrischen Gutachten, wobei sie zum Schluss kam, der Gutachter habe die wesentlichen Befunde korrekt erhoben. In der Beurteilung weiche er jedoch von diesen Befunden deutlich ab, so dass das Gutachten in sich widersprüchlich erscheine und die Beurteilung nicht nachvollziehbar sei (Urk. 7/99/1). Die Diagnosekriterien einer selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitsstörung, die vom Gutachter in Abrede gestellt werde, seien erfüllt (Urk. 7/99/3 ff.). Aktuell bestehe eine mittel schwere depressive Symptomatik seit mehr als zwei Wochen, so dass die Kriterien für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt seien. Vor Klinikeintritt habe ebenfalls eine mittelgradige und zu Beginn der Behandlung eine leichtgradige depressive Symptomatik vorgelegen. Da es seit 2015 zu einer mehrmonatigen zwischenzeitlichen Verbesserung gekommen sei, könne eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.21) festgestellt werden. Die depressive Erkrankung begründe beim Beschwerdeführer nicht in erster Linie die Arbeitsunfähigkeit, wirke sich jedoch komplizierend auf die Behandlung und Prognose der Grunderkrankung aus (Urk. 7/99/5). Der Gutachter stelle korrekt eine aktuelle 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest. Die Behauptung, im Längsschnitt liesse sich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt realisieren, entbehre hingegen jeder Grundlage, ebenso wie die Behauptung, er wäre in der Lage, innerhalb von drei bis sechs Monaten eine Steigerung von einem halben Tag Präsenzzeit zu einer vollen Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu leisten (Urk. 7/99/6). Das Vorliegen vieler Ressourcen spreche für eine gute Prognose, was vom Gutachter sehr betont und zum Anlass genommen werde, dem Beschwerdeführer eine mehr als kurzfristige Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit abzusprechen. Die starken Einschränkungen im privaten Alltag würden jedoch im Gutachten gegenüber dem Ressourcenprofil zu wenig gewürdigt. Der Verlauf habe leider gezeigt, dass die Einschränkungen durch die psychische Erkrankung die Ressourcen überwiegen würden. Eine Arbeitsfähigkeit sei unter diesen Voraussetzungen auch mittel- bis längerfristig nur im geschützten Rahmen denkbar (Urk. 7/99/6 f.). Ob eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt in einem Teilpensum allenfalls möglich sein könnte, könne frühestens nach einer Stabilisierungszeit von drei bis fünf Jahren abgeschätzt werden. Ferner sei wichtig, eine angstbedingte Vermeidungshaltung nicht mit fehlender Motivation zu verwechseln. Die Behauptung, eine Überwindung der Einschränkungen seiner Arbeitsfähigkeit liege nur an der Motivation des Beschwerdeführers, entbehre jeglicher Grundlage (Urk. 7/99/8).

Am 15. August 2019 äusserte sich

Dr. B.\_\_\_\_

sodann zu den Antworten von Dr. A.\_\_\_\_ auf die gestellten Ergänzungsfragen. Sie kam zum Schluss, ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich Kognition, Wahrnehmung und sozialen Interaktionen und der Affektregulation sei vorhanden, mit Beginn in der

Kindheit und Adoleszenz und Fortdauern ins Erwachsenenalter. Sodann bestünden neben den Angstsymptomen auch weitere Einschränkungen der psychologischen Funktionen. Die Angstsymptome stünden im Vordergrund und seien aufgrund ihres Schweregrads stark einschränkend. Ihre Gewichtung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten erscheine unzureichend ( Urk. 7/102/2). Das Scheitern der beruflichen Massnahmen sei sodann auf eine Wechselwirkung von Konflikten am Arbeitsplatz und den durch die sozialen Ängste geprägten Reaktionen des Beschwerdeführers zurückzuführen. Dem Beschwerdeführer eine eingeschränkte Motivation zu unterstellen, sei angesichts der Mühen, die dieser auf sich nehme, um seinen Zustand zu verbessern, nicht zulässig. Es treffe nicht zu, dass keine wesentlichen Einschränkungen im Belastungsprofil bestünden ( Urk. 7/102/3). 3.8

Dr. A.\_\_\_\_ hielt am 25. September 2019 zu den Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ fest, die in deren Bericht aufgeführten psychopathologischen Befunde und der BDI-Wert würden tatsächlich auf eine mittelgradige depressive Symptomatik hindeuten. Eine eigenständige und selbstunterhaltende rezidivierende depressive Störung werde nach ICD-10 nach mindestens drei verifizierten depressiven Phasen in behandlungsbedürftigem Ausmass und zwei dazwischen liegenden Remissionsphasen diagnostiziert, was vorliegend nicht der Fall sei. Eine Persönlichkeitsstörung könne klar ausgeschlossen werden ( Urk. 7/105/1). Die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_

hätten abgesehen von der mittelschweren depressiven Symptomatik keine neuen Tatsachen hervorgebracht, welche zu Änderungen der diagnostischen Beurteilung führen würden. Eine mittelgradige depressive Episode könne im Juni 2019 nicht ausgeschlossen werden, diese hätte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers jedoch nur vorübergehend und höchstens um 50 % eingeschränkt ( Urk. 7/105/2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stütze sich für die Beurteilung des Anspruchs des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 22. März

2019 ( Urk. 7/79) sowie dessen Ergänzungen vom 23. April und 25. September 2019 ( Urk. 7/81, Urk. 7/105). Der Beschwerdeführer hält dieses hingegen nicht für beweiskräftig ( Urk. 1 S. 7). 4.2

Der Beschwerdeführer wies zunächst darauf hin, die Untauglichkeit des Gutachtens zeige sich bereits in dessen Aufbau, der erheblich von der vorgegebenen Struktur abweiche ( Urk. 1 S. 7). Dazu ist festzuhalten, dass die vom Gutachter gewählte Systematik zwar unüblich erscheinen mag, jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, wonach aufgrund dieser Gliederung auf eine mangelhafte Begutachtung zu schliessen ist.

Dasselbe gilt für die vom Beschwerdeführer beanstandete Anamneseerhebung, die in die Titel Familienanamnese und persönliche Anamnese unterteilt wurde und insgesamt alle vom Beschwerdeführer beanstandeten Punkte - wie den Tod seiner Mutter und die belastete Beziehung zu seinem Vater - enthält, wobei es unerheblich ist, unter welchem Titel die fraglichen Geschehnisse einzuordnen sind, da der Gutachter offensichtlich davon Kenntnis hatte und diese auch bei seiner Beurteilung berücksichtigt.

4.3

Entgegen dem Beschwerdeführer ( Urk. 1 S. 9) hat sich Dr. A.\_\_\_\_

sodann durch aus vertieft mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt. So referierte er die einzelnen Berichte ausführlich ( Urk. 7/79/3 ff.) und begründete unter Bezugnahme auf von ihm festgestellte Widersprüche oder für ihn nicht überzeugende Begründungen, wieso er zu einem teilweise abweichenden Ergebnis gelangte ( Urk. 7/79/6 f.). Ferner diskutierte er insbesondere auch die von Dr. B.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und legte dar, dass aus seiner Sicht die Diagnosekriterien für eine selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung nicht erfüllt seien ( Urk. 7/79/20 f.). Auch dass Dr. A.\_\_\_\_ keine fremdanamnesticen Auskünfte eingeholt hat, steht der Beweiskraft seiner Beurteilung nicht entgegen, denn eine Fremdanamnese ist keineswegs zwingend, sondern liegt im Ermessen der Experten. Die versicherte Person hat darauf keinen Rechtsanspruch (Urteil des Bundesgerichts 9C\_263 /2013 vom 28. November 2013 E. 5.3 mit Hinweis). 4.4

Dr. A.\_\_\_\_

stellte übereinstimmend mit den behandelnden Ärzten die Diagnose einer sozialen Phobie (ICD-10 F40.1), kam jedoch zum Schluss, die Diagnosen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.6) und einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F.33) könnten nicht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, dass gemäss der überzeugenden Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_ die Diagnosekriterien für eine Persönlichkeitsstörung und eine rezidivierende depressive Störung erfüllt seien ( Urk. 1 S. 10).

Es ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater praktisch immer ein gewisser Spielraum bleibt , 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). Die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ erfolgte gestützt auf eine ausführliche Anamnese- und Befunderhebung , anlässlich derer sich der Beschwerdeführer zu den aus seiner Sicht bestehenden Problemen frei äussern konnte ( Urk. 7/79/8 ff) . Dass die wesentlichen Befunde korrekt erhoben wurden , bestätigte auch Dr. B.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. Juni 2019 ( Urk. 7/99 /1). Differenzen bestehen hingegen bezüglich der diagnostischen Einordnung dieser Befunde : Dr. A.\_\_\_\_

interpretierte

die

seit dem Kindergarten bestehenden und sich nach dem Tod der Mutter akzentuierenden Ängste im Rahmen

der Entwicklung eines soziophobischen Verhaltens in belastenden Situationen und ging anders als Dr. B.\_\_\_\_ nicht von strukturellen Persönlichkeitsdefiziten , welche auf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hingewiesen hätten, aus ( Urk. 7/79/17 f.) . Dr. A.\_\_\_\_ nahm dabei Bezug auf die Diagnosekriterien der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung und legte dar, dass diese nicht erfüllt seien ( Urk. 7/79/ 20) .

Inwiefern er dabei den der psychiatrischen Beurteilung inhärenten Ermessensspielraum überschritten haben sollte und nicht lege artis vorgegangen sein soll , ist nicht ersichtlich .

Die von Dr. B.\_\_\_\_

vorgenommene andere Einschätzung der Situation ist

angesichts des korrekten Vorgehens von Dr. A. \_\_\_ nicht geeignet, das Ergebnis des Gutachtens in Zweifel zu ziehen, lässt es 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) doch nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. 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]).

Was die ebenfalls verworfene Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung betrifft, ist festzuhalten, dass sich aus dem Austrittsbericht der Klinik D. \_\_\_ vom 13. April 2018 ergibt, dass die depressive Symptomatik während des stationären Aufenthaltes deutlich gebessert habe (Urk. 7/67/3), worauf die Diagnose im Bericht der E. \_\_\_ vom 23. August 2018 nicht mehr aufgeführt wurde (Urk. 7/68/4). Dr. A. \_\_\_ ging gestützt darauf und angesichts der Tatsache, dass er anlässlich der Untersuchungen keine depressive Symptomatik mit Krankheitswert feststellen konnte,

aus nachvollziehbaren Gründen von einer vollständigen Remission der postulierten mittelgradigen depressiven Episode aus und erachtete aufgrund des bisher einzigen Auftretens einer solchen Episode die Diagnosekriterien einer rezidivierenden depressiven Störung nicht für erfüllt (Urk. 7/79/21). Im Übrigen bleibt zu betonen, dass es invalidenversicherungsrechtlich grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern darauf ankommt, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend sind in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 4.2 mit Hinweisen), worauf im Folgenden näher einzugehen ist. 4.5

Was das Vorbringen des Beschwerdeführers betrifft, Dr. A. \_\_\_ begnüge sich mit einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Längsschnitt und gehe insbesondere nicht auf die Zeit der stationären Behandlung ein, was klar ungenügend sei, ist festzuhalten, dass Dr. A. \_\_\_ zwar im Anschluss an die beruflichen Massnahmen sowie anlässlich des zweiten Begutachtungstermins am 15. Februar 2018 jeweils Verschlechterungen des Gesundheitszustandes vermerkte, die im Querschnitt zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (Urk. 7/79/18, Urk. 7/79/20), jedoch zum Schluss kam, dass diese eindeutig auf die äusseren Umstände zurückzuführen seien (Urk. 7/79/18, Urk. 7/81/2). So führte er die Verschlechterung der Befunde zwischen den Begutachtungsterminen eindeutig auf die Besonderheit der gutachterlichen Situation zurück (Urk. 7/81/2), was angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer Angst vor dem zweiten Termin bekundete (Urk. 7/79/13), nachvollziehbar erscheint. Dasselbe gilt auch für die geltend gemachte zwischenzeitliche Verschlechterung des psychischen Zustandes gegen Ende der beruflichen Massnahmen im Jahr 2017, die zur Aufnahme einer stationären Behandlung in der Klinik D. \_\_\_ führte, da diese gemäss Dr. A. \_\_\_ massgeblich auf eine vom Beschwerdeführer mit einer Mitarbeiterin des Bistros

Z. \_\_\_ eingegangene Beziehung und dadurch entstandene Schwierigkeiten mit dem Chef am Arbeitsplatz zurückzuführen sei (Urk. 7/79/17). Entgegen der Ansicht des Be

schwerdeführers wird dies auch durch die Ausführungen von Dr. B.\_\_\_\_ nicht widerlegt, mass diese doch dem Vorfall beziehungsweise dessen - ihrer An sicht nach - unprofessionelle r Handhabung ebenfalls massgeblichen Einfluss auf das Scheitern der Integration und die Entstehung der akuten Krise bei ( Urk. 7/64/ 2 , Urk. 7/115/40 ). Da soziale Belastungen , die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert werden müssen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3), hat Dr. A.\_\_\_\_ die beiden ausgewiesenen Phasen der Verschlechterung des Ge sundheitszustandes jeweils zu Recht nicht berücksichtigt. 4.6 4.6.1

Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ somit die vom Bundesgericht gestellten Anforderungen an ein beweiswertes ärztliches Gutach ten (vgl. E. 1.5 ), e s kann daher darauf abgestellt werden . Was die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ betrifft , die diagnostizierte soziale Phobie habe zwar grundsätzlich Einf luss auf die Arbeitsfähigkeit , die erheblichen Ressourcen des Beschwerde füh rers würden diesem jedoch ermöglichen , das sozialphobische Verhalten zu über winden, weshalb im Längsschnitt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit atte sti ert werden könne ( Urk. 7/81/3 ) , ist indes

- wie grundsätzlich bei allen psychi schen Störungen - mittels eines strukturierten Beweisverfahrens zu über prüfen, ob er sich dabei

an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten hat, mithin ob die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indi katoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 1.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 144 V 50 E. 4.3).

#### 4.6 .2

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

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Res sourcen, 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 vergleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck (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 1 5. März 2018 E. 7.4). 4.6 .3

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist zur Ausprägung der diagnoserele van ten Befunde festzuhalten , dass d er psychiatrische Befund anlässlich der ersten Untersuchung vom 1 7. Dezember 2018 weitgehend unauffällig war .

Dr. A.\_\_\_\_ fiel bei grundsätzlich ausgeglichener Stimmung des Beschwerdeführers einzig eine auffallend starke Ängstlichkeit und inner e Anspannung auf

( Urk. 7/79/14). G estützt darauf ist daher von einer leicht- bis höchstens mittelgradigen Ausprä gung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen.

Zum Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg beziehungsweise – resi stenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer alle zwei Wochen Termine bei seiner Psychiaterin wahrnimmt und Psychopharmaka einnimmt ( Urk. 7/79/14). Zudem war er zwischen November 2017 und April 2018 zweimalig in stationärer Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/64, Urk. 7/67) und darauf folgend während sechs Monaten in tagesklinischer Behandlung

(vgl. Urk. 7/68). Unter konsequenter Weiterführung der bereits etablierten therapeutischen Mass nahmen un d Optimierung de r Psychopharmakotherapie geht Dr. A.\_\_\_\_

im Längs schnitt von der Erhaltung einer vollen Arbeits fähigkeit aus ( Urk. 7/79/19). Es ist daher nicht von einer chronifizierten und therapieresistenten Störung aus zugehen.

Was die Eingliederungsbemühungen betrifft, hat der Beschwerdeführer zwar einige Versuche unternommen, eine Ausbildung zu absolvieren, verhielt sich jedoch nach deren Abbruch beziehungsweise nachdem er sich gar nicht erst angemeldet hatte , während Jahren passiv ( Urk. 7/79/10). Anlässlich der Anmel dung bei der Beschwerdegegnerin nahm er sodann zunächst auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis eine Stelle im Bistro Z.\_\_\_\_ an , wo in der Folge ein durch die Beschwerdegegnerin finanziertes Belastungs- und Aufbautraining durch geführt werden konnte. Dieses verlief zunächst erfolgreich, der Beschwerdeführer konnte die gesetzten Ziele jeweils erreichen und seine Arbeitstätigkeit erhöhen. Sein Arbeitgeber beschrieb ihn sodann als belastbar, humorvoll und geschickt im Umgang mit den Gästen ; er entlaste die Betr ie bsleitung in vielen Bereichen ( Urk. 7/48/2, Urk. 7/49/2) . Dass die Massnahme schlussendlich trotzdem schei terte, wird sowohl von Dr. A.\_\_\_\_ als auch der behandelnden Fachpersonen hauptsächlich einer Beziehung zwischen dem Beschwerdeführer und einer Mitarbei terin, die zu Konflikten führte - mithin einem invalidenversiche rungs rechtlich unerheblichen psychosozialen Belastungsfaktor - zugeschrieben ( Urk. 7/81 /3, Urk. 7/99/ 7 ) und erfolgte somit nicht krankheitsbedingt . Eine krank heitsbedin gte Eingliederungsresistenz ist nicht erstellt.

Ressourcenhemmende Komorbiditäten bestehen gemäss der Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ - wie bereits diskutiert (vgl. E. 4.4 ) - keine. 4.6 .4

Was die Persönlichkeit des Beschwerdeführers betrifft, schloss Dr. A.\_\_\_\_ eine Persönlichkeitsstörung klar aus ( Urk. 7/105/2) und erkannte auch keine Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge ( Urk. 7/79/19). Er hielt hingegen fest, der Beschwerdeführer verfüge über Persönlichkeitsressourcen wie eine überdurch schnitt liche Intelligenz und vielfältige Interessen ( Urk. 7/79/18). 4.6 .5

Zum sozialen Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in seinem eigenen Haus alleine in einer Wohnung lebt, wobei er sich die Dusc h e und den Garten mit den zwei Bewohnerinnen der anderen Wohnungen im Haus teilt und somit gemäss eigenen Aussagen eine Art Wohngemeinschaft besteht ( Urk. 7/79 /10).

Ferner besteht einerseits ein gutes und unterstützendes Verhältnis zu seiner Schwester und sein er Patin , die ihm im Alltag und insbesondere bei administrativen Tätigkeiten helfen ( Urk. 7/79/14, Urk. 10/1 ) . Andererseits hat der Beschwerdeführer auch einen aktiven Kollegenkreis , wobei er von regelmässigen Aktivitäten wie dem gemeinsamen Fussballspiel sowie dem Besuch von Kon zer ten und Ba rs berichtete ( Urk. 7/79/12).

Damit enthält der soziale Lebenskontext beträchtliche Ressourcen, auf die der Beschwerdeführer zurückgreifen kann. Ein sozialer Rückzug ist angesichts der vom Beschwerdeführer im Gutachtenzeitpunkt geschilderten Aktivitäten nicht belegt. 4.6.6

Zum beweisrechtlich massgeblichen Aspekt der Konsistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sich regelmässig - mehrmals wöchentlich - mit Kollegen ausserhalb seiner Wohnung trifft und an Aktivitäten wie dem Fussballspiel in zwei kleinen Vereinen einer alternativen Liga oder dem Besuch von Fussballspielen, Konzerten und Bars teilnimmt, die vorwiegend im sozialen Raum statt finden. Zwei bis dreimal pro Monat geht er im Kulturzentrum F.\_\_\_\_, wofür er Gratistickets für Konzerte erhält. Allgemein geht er gerne ein Bier trinken und ins Kino oder sieht sich einen Match des FC Winterthur an.

Insbesondere dem Besuch von Konzerten, Bars und Fussballspielen ist es dabei inhärent, dass auch ihm unbekannt Personen anwesend sind und Interaktionen mit diesen unumgänglich sind, es trifft mithin nicht zu, dass ihm nur Aktivitäten im Rahmen von langjährigen Bekanntschaften möglich sind. Die bekundete Mühe, Alltagsaufgaben wie Einkaufen oder das Ausfüllen der Steuererklärung zu erledigen, bei denen er Unterstützung durch die Spitex erhält, erscheint daher nur begrenzt nachvollziehbar. Ferner beschrieb der Beschwerdeführer einen durchaus aktiven Alltag, er halte sich zwar oft zu Hause auf, wobei er lese oder fernsehe, er sei jedoch auch gerne draussen, unternahme Wanderungen oder gehe in den Wald zum Joggen. Vor kurzem habe er damit begonnen, Pilze zu sammeln. Ebenfalls nehme er an einem Lesezirkel teil, in welchem Bücher besprochen würden und für dessen Organisation er ein Verbindungsglied bedeutet habe (Urk. 7/79/12).

Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck angeht, begibt sich der Beschwerdeführer wie bereits erwähnt alle zwei Wochen in psychiatrische Behandlung und nimmt die verschriebenen Medikamente ein. Zwar entspricht dies gemäss Dr. A.\_\_\_\_ der Schwere der psychischen Beschwerden, angesichts der Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer weiterhin zu 100% arbeitsunfähig fühlt, deutet die niedrige Therapiefrequenz und die fehlenden Überlegungen des Beschwerdeführers zu einer weiteren stationären Behandlung (Urk. 7/79/14)

indes nicht auf einen allzu grossen Leidensdruck hin. 4.6.7

Zusammenfassend erweist sich die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer unter Mobilisierung seiner Ressourcen zu 100% arbeitsfähig ist, auch unter Beachtung der massgeblichen Indikatoren als überzeugend. In Anbetracht des - mit der von der behandelnden Psychiaterin attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100% nicht zu vereinbarenden - hohen Aktivitätsniveaus mit zahlreichen auch sozialen Aktivitäten, sowie der beträchtlichen Ressourcen im sozialen und intellektuellen Kontext fehlt es insgesamt an einem stimmigen Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse. Das bisherige Scheitern der beruflichen Eingliederung lässt sich sodann nicht auf die Krankheit, sondern auf die Situation in der Eingliederungsstätte zurückführen.

Da auch die darauffolgende Verschlechterung des psychischen Zustandes auf diese invalidenversicherungsrechtlich nicht massgeblichen äusseren Umstände zurückzuführen ist, vermögen die in diesem Zeitraum erfolgten Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Ärzte von vornherein keine Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ zu erwecken. Auch aus der vom Beschwerdeführer angeführten Stellungnahme

von Dr. G.\_\_\_\_ vom Regionalärztlichen Dienst am 2. November 2015 geäusserten Ansicht, dass medizinisch-theoretisch nach Abschluss einer adäquaten fachpsychiatrischen / psychotherapeutischen Behandlung eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit erreicht werden könne ( Urk. 7/22/3), kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, erfolgte diese Beurteilung doch im Hinblick auf die Gewährung von beruflichen Massnahmen gestützt auf eine auch nach Ansicht von Dr. G.\_\_\_\_ für eine Rentenprüfung ungenügende Aktenlage ( Urk. 7/83/3 f.), weshalb diese vorläufige Einschätzung ebenfalls nicht geeignet ist, das Ergebnis des Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Im Übrigen wies auch Dr. G.\_\_\_\_ in einer späteren Stellungnahme vom 3. Oktober 2018, also noch vor der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_, darauf hin, dass der Beschwerdeführer über erhebliche Ressourcen wie eine gute Intelligenz und Humor verfüge, dass er aktives Mitglied im Fussballverein sei, gerne tanze, Erfahrung in der Organisation von Wohnungen beziehungsweise deren Vermietung habe und gerne in der Gastronomie arbeite, weshalb die von den behandelnden Ärzten erhobenen Diagnosen und beschriebenen funktionellen Einschränkungen aus versicherungsmedizinischer Sicht nur bedingt nachvollziehbar seien und eine psychiatrische Begutachtung zu empfehlen sei ( Urk. 7/83/6 f.). 5.

Zusammenfassend ist ein invalidenversicherungsrechtlich erheblicher Gesundheitsschaden vorliegend nicht erstellt. Was das Schreiben der Patin des Beschwerdeführers vom 27. Januar 2020 (Urk. 10/1) sowie die Bestätigung der psychiatrischen Spitex betrifft, sind diese zum Beweis eines solchen Gesundheitsschadens von vornherein ungeeignet, da es sich dabei nicht um ärztliche Beurteilungen handelt, welche die vorliegenden ärztlichen Einschätzungen in Frage stellen könnten. Ferner sind auch in medizinischer Hinsicht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 1) - von weiteren Beweismassnahmen keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). Damit hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers in der angefochtenen Verfügung vom 22. November 2019 zu Recht verneint, die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung ( Art. 83 ATSG) kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- zu bemessen und sind vorliegend auf Fr. 700.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 8**

ATSG) sind.

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

#### **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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