

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00035 vom 28. Februar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2021.00035

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00035 du 28 février 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2021.00035 del 28 febbraio 2023

Erwägungen

E. 1

Ziff. II.B.1 und II.B.14-21).

E. 1.1

Wie die Beklagte mit Eingabe vom 13. Dezember 2022 mitteilte, wurde sie kürzlich in Baloise Leben AG umfirmiert (Urk. 48 S. 2; vgl. Eintrag unter www.zefix.ch). Sie ist daher mit dieser Parteibezeichnung im Rubrum aufzunehmen. Die Umfirmierung hat keine Auswirkungen auf ihre Parteistellung.

E. 1.2

Nach Art. 73 Abs. 1 Satz 1 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) bezeichnet jeder Kanton ein Gericht, das als letzte kantonale Instanz über Streitigkeiten zwischen Vorsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern und Anspruchsberechtigten entscheidet. Die sachliche Zuständigkeit dieses Gerichtes erstreckt sich auch auf Streitigkeiten mit Einrichtungen, welche sich aus der Anwendung von Art. 82 Abs. 2 BVG ergeben (Art. 73 Abs. 1 lit. b BVG). Als anerkannte Vorsorgeform im Sinne von Art. 82 BVG gilt mitunter die gebundene Vorsorgeversicherung bei Versicherungsrichtungen (Art. 1 Abs. 1 lit. a der Verordnung über die steuerliche Abzugsberechtigung für Beiträge an anerkannte Vorsorgeformen, BVV 3).

Art. 73 Abs. 3 BVG regelt die örtliche Zuständigkeit für die Entscheidung von Streitigkeiten berufsvorsorgerechtlicher Natur. Bei Klagen gegen eine Einrichtung der gebundenen Selbstvorsorge (Säule 3a) besteht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung entgegen dem Wortlaut dieser Bestimmung ein alternativer Gerichtsstand am Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder am Sitz der Einrichtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_1016/2010 vom 30. Mai 2011 E. 2.3 mit Hinweis auf sein Urteil 9C_944/2009 vom 22. März 2010).

Die Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich, als Berufsvorsorgegericht (vgl. §

E. 1.3

Das berufsvorsorgerechtliche Verfahren ist einfach, rasch und in der Regel kostenlos; das Gericht stellt den Sachverhalt von Amtes wegen fest (Art. 73 Abs. 2 BVG). Der Untersuchungsgrundsatz betrifft den rechtserheblichen Sachverhalt und verpflichtet das Gericht gegebenenfalls zur Erhebung der notwendigen Beweise. Indessen ist hervorzuheben, dass das Klageverfahren nach Art. 73 BVG nicht auf ein Verfahren der ursprünglichen Verwaltungsrechtspflege folgt und stark durch die Mitwirkungspflichten der

Parteien geprägt ist. Der Untersuchungsgrundsatz wird dementsprechend zurückgedrängt durch die Mitwirkungspflicht der Parteien, namentlich wenn diese anwaltlich vertreten sind. Dazu gehört insbesondere die Substanziierungspflicht, die beinhaltet, dass die wesentlichen Tatsachenbehauptungen und -bestreitungen in den Rechtsschriften enthalten sein sowie die entsprechenden Beweismittel dargelegt werden müssen (vgl.

Urteile des Bundesgerichts 9C_41/2019 vom 26. März 2019 E. 4.2.2 und 9C_711/2017 vom 4. Juli 2018 E. 3.1.1, BGE 138 V 86 E. 5.2.3).

E. 2

Zwischen den Parteien ist strittig, ob der Kläger über den 14. Oktober 2019 hinaus Anspruch auf Prämienbefreiung und eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit hat. Während der Kläger gestützt auf das Gutachten von Dr. A.____ und die Berichte seiner Behandler sowie jene betreffend die berufliche Eingliederung eine anhaltende, volle Erwerbsunfähigkeit geltend machte (etwa Urk. 1, insbesondere Ziff. III; Urk. 30, insbesondere Ziff. 8; Urk. 41), hielt die Beklagte gestützt auf das Gutachten von Dr. Y.____ sowie die Beurteilung von Dr. B.____ an der Leistungseinstellung per 14. Oktober 2019 fest (Urk. 23, insbesondere S. 8; Urk. 37 und 48). Umstritten ist dabei auch, inwiefern die Beklagte an den Rentenentscheid der Invalidenversicherung gebunden ist (Urk. 30 Ziff. 1; Urk. 23 S. 7 unten und Urk. 37 S. 4-6). Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

E. 2.1

Mit Eingabe vom 2. Juni 2021 (Urk. 1; Beilagen Urk. 2/2-36) erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Bischoff, Klage gegen die Baloise Leben AG. Darin beantragte er, die Beklagte sei zu verpflichten, ihm ab 15. Oktober 2019 bis längstens 15. Januar 2027 eine Rente von Fr. 3'000.-- pro Quartal nebst 5 % Zins ab jeweiligem Fälligkeitsdatum zu bezahlen sowie ihm die seit 15. Oktober 2019 bezahlten Prämien von insgesamt Fr. 8'134.10 nebst 5 % Zins ab Einzahlungsdatum zurückzuerstatten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beklagten (Urk. 1 S. 2 und 11).

E. 2.2

Auf gemeinsamen Antrag der Parteien (Urk. 13 und 14) sistierte das Gericht den Prozess mit Verfügung vom 21. September 2021 (Urk. 15) bis 30. November 2021 und nahm der Beklagten die bereits erstreckte Frist zur Erstattung der Klageantwort (Urk. 4, 7 und 12) ab. Nach Bekanntwerden des Scheiterns der ausssergerichtlichen Vergleichsgespräche (Urk. 19 und 20) nahm das Gericht den Prozess am 24. November 2021 wieder auf (Urk. 21). In der Klageantwort vom 24. Januar 2022 (Urk. 23; Beilagen Urk. 24/1-3.24) schloss die Beklagte – unter Beilage einer Aktenbeurteilung von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 24/1) – auf Abweisung der Klage; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten des Klägers (Urk. 23 S. 2).

E. 2.3

Mit Verfügung vom 26. Januar 2022 ordnete das Gericht einen zweiten Schriftwechsel an (Urk. 25). In der innert erstreckter Frist (Urk. 28 und 29) eingereichten Replik vom 7. April 2022 (Urk. 30; Beilagen Urk. 31/1-3) hielt der Kläger – unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. A.____ (Urk. 31/3) – an seinen Anträgen fest (Urk. 30 S. 2). Mit Eingabe vom 9. April 2022 verlangte er die Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 32). Ebenso hielt die Beklagte in der innert erstreckter Frist (Urk. 33-36) eingereichten Duplik

vom 24. August 2022 (Urk. 37; Beilagen Urk. 38/1-3) unter Beilage einer neuen Stellungnahme von Dr. B.____ (Urk. 38/1) an ihren Anträgen fest (Urk. 37 S. 2) und verlangte ebenfalls ein Gerichtsgutachten (Urk. 37 S. 3 unten).

Mit Verfügung vom 29. August 2022 gab das Gericht dem Kläger Gelegenheit zur Stellungnahme zu allfälligen Dupliknoten (Urk. 39), worauf er sich mit Eingabe vom 6. Oktober 2022 (Urk. 41) – wiederum unter Beilage einer Stellungnahme von Dr. A.____ (Urk. 42) – erneut vernehmen liess. Auf ihr Ersuchen (Urk. 44) wurde der Beklagten diesbezüglich eine Frist zur Stellungnahme eingeräumt (Urk. 45) und später erstreckt (Urk. 47). Der Kläger verzichtete alsdann ausdrücklich auf eine Stellungnahme (Urk. 52) zur letzten Eingabe der Beklagten vom 13. Dezember 2022 (Urk. 48), mit der diese abermals eine Stellungnahme von Dr. B.____ eingereicht hatte (Urk. 49/1). Hierüber wurde die Beklagte mit Verfügung vom 13. Januar 2023 in Kenntnis gesetzt (Urk. 53). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Gemäss der zwischen den Parteien im Rahmen der gebundenen Vorsorge (Säule 3a) vereinbarten Police ... hat der Kläger – wie im Sachverhalt erörtert – bei Erwerbsunfähigkeit nach drei Monaten Wartezeit einen Anspruch auf Prämienbefreiung für die gesamte Versicherung sowie nach 24

Monaten Wartezeit einen Anspruch auf eine Jahresrente von Fr. 12'000.-- längstens bis 15. Januar 2027. Die Prämie beträgt bis zum 14. Januar 2025 jährlich Fr. 4'550.-- bzw. halbjährlich Fr. 2'320.50. Für die restliche Laufzeit ist eine reduzierte Prämie vorgesehen (Urk. 2/3 S. 2).

E. 3.2

Unbestrittenermassen (vgl. Urk. 1 Ziff. II.A.1-2; Urk. 23 S. 3 f.) Bestandteil der Police (vgl. Urk. 2/2 S. 3) bilden die Vertragsbedingungen für individuelle Lebensversicherungen, Ausgabe 1999 (Urk. 2/4). Von Interesse sind die besonderen Vertragsbedingungen zu Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen (EU; S. 6 f.), die als Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit eine Prämienbefreiung und Erwerbsunfähigkeitsrenten vorsehen. Kein Anspruch auf diese Leistungen besteht insbesondere bei Tabletten-, Alkohol- oder Drogensucht (EU1).

E. 3.3

Als erwerbsunfähig gilt die versicherte Person, wenn sie infolge medizinisch objektiv feststellbarer Beeinträchtigung der Gesundheit ihren Beruf oder eine andere zumutbare Erwerbstätigkeit nicht mehr ausüben kann. Eine andere Tätigkeit ist zumutbar, wenn sie den Fähigkeiten und der Lebensstellung der versicherten Person entspricht, auch wenn die hierfür benötigten Kenntnisse eine Umschulung erfordern (EU2). Die Differenz zwischen dem Erwerbseinkommen, das die versicherte Person vor Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielt hat, und dem Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit erzielt oder noch erzielen könnte, ergibt – ausgedrückt in Prozenten des bisherigen Einkommens – den Grad der Erwerbsunfähigkeit. Leistungen aus anderen Versicherungen werden nicht berücksichtigt. Spezielle Regelungen gelten für nicht voll erwerbstätige Personen (vgl. EU3).

Ab einem Grad der Erwerbsunfähigkeit von 66 % besteht Anspruch auf die vollen Leistungen, bei einem solchen von weniger als 25 % sind keine Leistungen geschuldet.

Dazwischen besteht Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsleistungen, die prozentual dem Grad der Erwerbsunfähigkeit entsprechen. Die Wartefrist beginnt mit dem Eintritt ununterbrochener Erwerbsunfähigkeit, frühestens jedoch mit dem Tag, an dem sich die versicherte Person ihrerwegen in ärztliche Behandlung begeben hat. Die Erwerbsunfähigkeitsrenten werden nachschüssig ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt monatlich, wenn der Auszahlungsbetrag mindestens Fr. 2'000.-- pro Monat beträgt, ansonsten vierteljährlich (EU4). Die Erwerbsunfähigkeitsleistungen werden bis zum in der Police genannten Termin ausbezahlt – mit Einschränkungen bei der Prämienbefreiung für versicherte Personen ab 65 Jahre (vgl. EU5). Jede Änderung einer Leistungsvoraussetzung ist dem Versicherten alsdann unverzüglich schriftlich mitzuteilen (EU8).

E. 4.1

Die Beklagte vertritt in diesem Zusammenhang die Auffassung, der Kläger habe entsprechend der zur Krankentaggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ergangenen Rechtsprechung (unter Hinweis auf BGE 148 III 105 E. 3.3.1) hinsichtlich seiner Forderung nach dem ordentlichen Beweismass der vollen Überzeugung den Beweis dafür zu erbringen, dass er über den 14. Oktober 2019 hinaus arbeitsunfähig sei (Urk. 37 S. 3 unten und S. 6).

E. 4.2

und 6.7) festzustellen, dass sich Dr. Y.____ zu wenig mit dem Umstand auseinandersetzte, dass seine Beurteilung letztlich im krassen Widerspruch nicht nur zu den Ergebnissen der von ihm durchgeführten Tests, sondern auch zur Beurteilung sämtlicher Behandler sowie zum anamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck mit mehreren längeren teil- bzw. vollstationären Behandlungen, Einnahme von Psychopharmaka und langjähriger ambulanter Therapie stand. Die von der Beklagten angeführte (vgl. Urk. 37 S. 7 und 34) Erfahrungstatsache, wonach Behandlungspersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, darf nicht dahingehend missverstanden werden, dass solchen Berichten in jedem Fall zu misstrauen ist und ihnen von vornherein ohne nähere Begründung jegliche Glaubwürdigkeit abzusprechen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_549/2021 vom 7. Januar 2022 E. 7.2). Ein Arztbericht mit unzureichend dokumentiertem Befund vermag zwar keine schwere Erkrankung zu belegen und muss daher auch nicht in jedem Fall ausführlich diskutiert werden. Beim Kläger gingen jedoch sämtliche, über längere Zeit behandelnden Fachpersonen einhellig von einer die Arbeitsfähigkeit stark beeinträchtigenden depressiven Symptomatik aus, während nach Dr. Y.____s Einschätzung die Untersuchung bis auf die Klagsamkeit unauffällig war und ein angemessenes Aktivitätenniveau geschildert wurde. Eine derart krasse Diskrepanz lässt sich bei auch intensivierter Therapie nicht mehr mit blossem Wohlwollen, geschweige denn mit ärztlichem Ermessen erklären, und bedurfte einer eingehenden Prüfung.

Dr. Y.____ schloss vorab aus der extremen Zustimmungstendenz (alle Items mit «Richtig») in einem der PC-Tests auf eine Aggravation, wie er übrigens auch die Ressourcen unter anderem anhand eines Testergebnisses begründete (vgl. Urk. 2/27 S. 24 oben). Dr. A.____ und Dr. Z.____ legten indessen dar, der Kläger sei überfordert gewesen, da Gutachter und Computer ihn jeweils zum Weitermachen aufgefordert hätten und er nicht habe widersprechen wollen. Es besteht somit Grund zur Annahme, die tendenziöse Zustimmungstendenz hänge damit zusammen, dass der Kläger einfach eine Taste drückte,

zumal dazu passend in beiden Gutachten beschrieben wurde, er wirke überangepasst bzw. versuche zu gefallen (ebenso im Belastbarkeitstraining: Urk. 2/22 S. 3). Insbesondere aber zeigten Dr. A.____ und Dr. Z.____ mit der Parathymie als Kompensationsstrategie bzw. der Dissimulation als Abwehrmechanismus einen Aspekt auf, der eine in sich stimmige Gesamtbetrachtung erlaubt, von Dr. Y.____ aber nicht diskutiert und somit übersehen wurde. Dabei erläuterte Dr. A.____ auch, weshalb der MADRS-Test, auf den sich Dr. Y.____ ferner stützte, in dieser Konstellation nicht aussagekräftig ist. Zutreffend ist nicht zuletzt auch der Einwand von Dr. Z.____, dass die Angaben von Dr. Y.____ (dazu Urk. 2/27 S. 15) zum Betätigungsfeld des Klägers noch keinen Aufschluss über sein Aktivitätsniveau geben. Der von Dr. A.____ (vgl. E. 5.7) und Dr. Z.____ (vgl. E. 6.4) geschilderte detailliertere Tagesablauf lässt weder eine Tagesstruktur noch ein nennenswertes Aktivitätslevel erkennen (ergänzend Belastungsgrenze im Belastbarkeitstrainings, Urk. 2/22 S. 5). Die vom Kläger offerierte Befragung der Ehefrau erübrigt sich somit (vgl. Urk. 1 Ziff. 16 mit Verweis auf Urk. 2/29 S. 12 f.). Es bleibt zu ergänzen, dass die Beklagte den Beweiswert des Gutachtens von Dr. Y.____ als irrelevant für den vorliegenden Prozess beurteilt, da der Kläger sich nicht darauf beruft – und sie offenbar ebenso wenig (Urk. 37 S. 34 und 36).

E. 4.3

; Urk. 41 Ziff. 5) – nicht nachweisen, dass die über den 14. Oktober 2019 hinaus persistierende Symptomatik (zumindest teilweise) in anspruchrelevanter Weise auf die Einnahme von Sedativa oder gar ein in den Vertragsbedingungen ausgeschlossene «Sucht» (wofür eine Low-Dose-Abhängigkeit bei einer Auslegung nach Treu und Glauben wie auch in Anlehnung an die Auslegung im Sozialversicherungsrecht nicht ausreicht), zurückzuführen wäre – weder im Sinne einer Verstärkung einer vorbestehenden Depression noch im Sinne einer Medikamentennebenwirkung. Unbestritten ist, dass der aktuelle Gebrauch von Sedativa problematisch ist (vgl. E. 5.5; Urk. 2/33 S. 12 zweiter Absatz).

E. 4.4

Die Vertragsbedingungen sehen zur Anspruchs begründung und Fälligkeit der Leistungen vor, dass die versicherten Leistungen erbracht werden, sobald der Anspruchsberechtigte sämtliche zur Anspruchs begründung erforderlichen Unterlagen vorgelegt hat. Erwerbsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit müssen spätestens drei Monate nach deren Eintritt gemeldet werden (R11). Soweit es die Erwerbsunfähigkeitsleistungen anbelangt, ist der Beklagten hernach jede Änderung einer Leistungsvoraussetzung unverzüglich schriftlich mitzuteilen (EU8). Explizite Bestimmungen darüber, unter welchen Voraussetzungen und Modalitäten als dann die nach Ablauf der zweijährigen Wartefrist ausbezahlte Erwerbsunfähigkeitsrente effektiv erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben werden kann, finden sich (abgesehen von der Indexanpassung in R19) weder in den vorformulierten Vertragsbedingungen (Urk. 2/4) noch der spezifischen Police (Urk. 2/2). Immerhin ergibt sich aus EU3 und EU4, dass der Leistungsumfang vom Grad der Erwerbsunfähigkeit abhängen muss. Daraus ist zu schliessen, dass eine Änderung der Erwerbsunfähigkeitsleistungen eine Verschlechterung oder Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, allenfalls auch eine ursprünglich falsche Einschätzung der Erwerbsfähigkeit voraussetzt. Da es sich bei der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (wie auch bei der ursprünglich falschen Einschätzung der Erwerbsfähigkeit) um eine anspruchsaufhebende Tatsache handelt, trägt hierfür die Beklagte die Beweislast (dazu Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, ZGB). Bleibt diese Tatsache beweislos, trägt also die Beklagte die Folgen dieser Beweislosigkeit und hat dem Kläger die bisherige Rente

weiter auszurichten. Letzterem steht der Gegenbeweis offen, dass er weiterhin im eingeklagten Ausmass arbeitsunfähig ist.

Diese Überlegungen stehen im Einklang mit dem Grundgedanken von Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozial - versicherungsrechts (ATSG) , wonach die Rente an nachträglich erheblich geänderte Verhältnisse angepasst werden können soll. So handelt es sich bei Renten um Dauerleistungen, die anders als Taggelder weder bloss vorübergehender Natur sind noch tageweise abgerechnet werden. Folglich sind ergänzend zu den Vertragsbedingungen die in der Invalidenversicherung geltenden Regeln heranzuziehen, soweit es die Weiter ausrichtung der vom Kläger bisher bezogenen Erwerbsunfähigkeitsrente anbe langt. Für eine voraussetzungslose Einstellung der Rente aus gebundener Vor sorge analog der Taggelder aus Zusatzversicherungen zur sozialen Kranken versicherung besteht kein Raum, zumal sich aus den Vorbringen der Beklagten (und soweit ersichtlich ebenso aus den Akten) keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Rentenleistungen vor dem Schreiben vom 4. Dezember 2019 (vgl.

Urk. 2/7) unter Vorbehalt erfolgten.

E. 4.5

Mit der Beklagte n (vgl. Urk. 37 S. 4-6) festzuhalten ist indessen, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 439 eine Bindung der Säule 3a an die Feststel lungen der Invalidenversicherung allgemeingültig verneinte. Es führte aus, eine solche werde in der Lehre weder diskutiert noch postuliert. Es spräche n denn auch gewichtige Gründe dagegen, die im Bereich der obligatorischen beruflichen Vor sorge geltenden Grundsätze zur Bindungswirkung subsidiär heranzuziehen: Namentlich sei die Säule 3a im Vergleich zur zweiten Säule, in der mittels der Verweise von Art. 23 ff. BVG eine Kongruenz zur ersten Säule ausdrücklich angestrebt werde, freier gestaltbar. Dies betreffe insbesondere den Invaliditätsbe griff. Ferner könnten Rentenleistungen bereits ab Erwerbsunfähigkeitsgraden vorgesehen werden, die in der Invalidenversicherung nicht anspruchsbegründend und daher nicht präzise zu bestimmen seien. Hinzu käme in verfahrensmässiger Hinsicht, dass die Verfügungen der Invalidenversicherung zwar den Trägern der zweiten Säule, jedoch nicht denjenigen der Säule 3a eröffnet werden müssten.

Mit Blick auf die Argumentation des Klägers (Urk. 30 S. 2) sei lediglich ange merkt, dass er sich nicht zur Tatsache äussert, dass auch in den vorliegenden Vertragsbedingungen Leistungen bei einem Grad der Erwerbsunfähigkeit von unter 40 % vorgesehen sind und angesichts des vorstehenden, publizierten Ent scheidings davon ausgegangen werden muss, dass der Beklagten vom Bundesgericht eine Legitimation im Verfahren der Invalidenversicherung abgesprochen würde. Einer Bindungswirkung nur bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % und nur im Einzelfall gestützt auf eine Gesamtwürdigung der Vertragsbedingungen steht zudem die Rechtssicherheit entgegen.

E. 5.1

Zu prüfen ist somit, ob sich der Gesundheitszustand des Klägers analog Art. 17 Abs. 1 ATSG mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit in anspruchsrelevantem Ausmass verändert hat, d.h. ob eine gesundheitliche Besserung eingetreten ist, infolge derer der Kläger eine Arbeitsfähigkeit von mehr als 33 ? % erlangte. Andernfalls wäre eine Herabsetzung oder Aufhebung der Erwerbsunfähigkeitsrente unter prozessual revisions - und wiedererwägungsrechtlichen Gesichtspunkten analog Art. 53 ATSG zu erwägen (vgl. BGE 141 V 405 E. 4 und 5). Basis

der Anspruchsprüfung bildet nach der Definition der Erwerbsunfähigkeit in EU2 (vgl. E. 3.3) die medizinisch festgestellte Arbeitsfähigkeit. Im Fokus der Rechtsschriften steht das Gutachten von Dr. A.____ vom 8. Juni 2020 (Urk. 2/33). Er attestierte dem Kläger eine anhaltend volle Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt seit Herbst 2016 (vgl. nachfolgende Erwägungen), was sämtliche Rückkommenstitel im obgenannten Sinn ausschliessen würde.

E. 5.2

Dr. A.____ hielt vorweg fest, die gesamte Interaktion wirke eigenartig, wenn immer wieder zu den bedrohlichen Situationen, die berichtet würden, gelacht werde. Augenkontakt könne nur sehr eingeschränkt gehalten werden. Der Kläger schwitze und zittere. Immer wieder versuche er, tief Luft zu holen. Erst nach etwa einer Stunde könne die Interaktion soweit beruhigt werden, dass der entsprechende Tremor aufhöre (Urk. 2/33 S. 16). Der Kläger wirke durchgehend ängstlich, unsicher und überfordert mit Selbstentwertung und parathymem Lachen. Es wirke durchgehend, als versuche er dem Untersucher zu gefallen und das zu tun, was er glaube, dass dieser von ihm erwarte (Urk. 2/33 S. 17).

E. 5.3

und 5.9 ; Urk. 41 Ziff. 4) , dass Dr. A.____ seine Einschätzung damit zureichend plausibilisierte.

Nur in Auseinandersetzung mit dem Vorgutachten befasste sich Dr. A.____ mit weiteren Tests und wies sinngemäss darauf hin, dass schon Teile des MMPI-2- sowie des SCL-90-Tests vom Juli 2019 für eine schwere psychische Erkrankung gesprochen hätten, während Dr. Y.____ in seiner Exploration sowie gestützt auf die Validitätsskalen des MMPI-2-Tests und einen MDRS-Test eine solche in Abrede gestellt habe, wofür seines Erachtens eine Parathymie und Überforderung des Klägers in der Testung verantwortlich gewesen seien (vgl. E. 6.6). Darüber hinaus gab Dr. A.____ zu bedenken, dass die Ankreuzlösung im MADRS-Test von Dr. Y.____ ohne Begründung nur teilweise ausreiche (von Dr. B.____ implizit bestätigt, vgl. Urk. 38/1 S. 10) und sich die Situation gerade in Bezug auf die Suizidalität mit wiederholtem Auftreten von Suizidgedanken, konkreten Suizidfantasien und zwei Suizidversuchen in seinem Untersuchungsprotokoll dargestellt habe (vgl. Urk. 31/3 S. 6). Soweit ersichtlich, hielt Dr. B.____ an seinem Einwand zur Suizidalität in seiner letzten Stellungnahme nicht mehr fest (vgl. Urk. 49/1 S. 6 unten) , wobei der Kläger mit Blick auf Urk. 38/2 Ziff.

E. 5.4

Zu den Berichten der Behandlungspersonen erörterte Dr. A.____ , im Jahr 2012 sei eine einmalige depressive Episode diagnostiziert worden. Dr. Z.____ habe eine rezidivierende depressive Erkrankung dokumentiert. Diese sei remittiert.

Durch die Klinik C.____ sei im Jahr 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne Eigengefährdung oder Suizidgedanken und ohne Wertung der somatischen Symptomatik dokumentiert. Im Gegensatz dazu habe Dr. Z.____ bereits im März 2016 und erneut im Oktober 2016 eine schwere depressive Symptomatik festgehalten. Das Sanatorium D.____ habe im Dezember 2016 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome mit einem entsprechenden psychopathologischen Befund dokumentiert. Am 3. November 2017 habe Dr. Z.____ erneut eine schwere depressive Episode konstatiert. Die Psychologinnen der i

ntegrierten Psychiatrie E. ___ hätten im Juli 2017 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome festgehalten, wobei sich eine Referenz finde, dass die Diagnose in Anlehnung an eine personenzentrierte integrative Diagnose gemäss Mezzich gestellt worden sei. Von Dr. Z. ___ sei im März 2018 erneut eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode festgehalten worden. Dokumentiert werde eine kurze Intervention durch das Sanatorium D. ___ im November 2018 nach Suizidversuch. Im Dezember 2018 habe die soeben genannte Klinik eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome berichtet. Im Januar 2018 (gemeint wohl: 2019) sei durch Dr. Z. ___ abermals eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome dokumentiert worden (vgl. Urk. 2/33 S. 19).

E. 5.5

; Urk. 41 Ziff. 6) somit zu Recht den – soweit ersichtlich seitens der Beklagten erstmals in der Klageantwort (Urk. 23 S.

12) geäusserten – Vorwurf, er nehme die therapeutischen Optionen unzureichend wahr und verletze da mit seine Schadenminderungspflicht . 8.

E. 5.6

Dr. A. ___ schlussfolgerte, aktuell und retrospektiv dokumentierbar ab September bzw. November 2016 bestehe damit eine volle Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der F. ___ mit Leitungsfunktion bzw. auf dem freien Arbeitsmarkt. Während der neunwöchigen Behandlung im Jahr 2016 im Sanatorium D. ___ sei ebenfalls eine schwere depressive Erkrankung ohne psychotische Symptome dargestellt worden, wobei Anamnese und psychopathologischer Befund ein ähnliches Bild geboten hätten wie aktuell (Suizidgedanken, sozialer Rückzug). Nach dem Rückfall am Ende des Aufenthalts sei nur ein leicht gebesserter Zustand konstatiert worden. Wenn von einer Diskrepanz zwischen der am 1. Juni 2016 dokumentierten schweren und der am 8. April 2016 festgehaltenen mittelgradigen depressiven Symptomatik ausgegangen werde, finde sich somit bei langfristiger stationärer Untersuchung und Entlassung im November 2016 noch immer nachvollziehbar eine schwere depressive Episode mit den entsprechenden Einschränkungen. Eine längerfristige Besserung werde weder durch den behandelnden Psychiater noch durch eine andere Institution dokumentiert. Ebenso habe sich im Belastbarkeitstraining und in der Potenzialabklärung von Juli bis Oktober 2017 eine schwergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gezeigt (vgl. Urk. 2/33 S. 27-29).

E. 5.7

Zur Plausibilisierung erläuterte Dr. A. ___ , der Kläger gebe an, bereits einfache organisatorische Anforderungen würden ihn überfordern. Seine Ehefrau erledige die Zahlungen und alle anderen Bürotätigkeiten wie Korrespondenz. Im Haushalt könne er keinerlei Dinge durchführen und fühle sich dadurch beschämt. Das er zuge, was er kaufen könne, seien seine Zigaretten. Seine Frau sei gegen das Rauchen. Der Kläger behalte seinen Führerschein und könne entsprechend Auto fahren. Es finde sich eine leichte bis mittelgradige kognitive Einschränkung. Er gebe an, die längste Strecke fahre er zum Psychiater. Öffentliche Verkehrsmittel seien für ihn schwierig. Vor der für ihn sehr schwierigen Fahrt zur Untersuchung habe er Temesta einnehmen müssen (Urk. 2/33 S. 34).

Der Kläger nehme, trotz Nebenwirkungen wie Schwitzen und Gewichtszunahme, zwei Antidepressiva ein in der Hoffnung, diese würden irgendwann etwas helfen. Er nehme eine Off-Label-Medikation ein. Es werde eine leitliniengerechte Augmentation mit einem Medikament, das spezifisch bei schweren depressiven Symptomen und Suizidgedanken verschrieben werde, durchgeführt. Seit zwei Jahren nehme er regelmässig eine ambulante Therapie in Anspruch. Er habe zwei längere stationäre sowie einen längeren tagesklinischen Aufenthalt in Kauf genommen und beanspruche zusätzlich alternative Heilungsversuche. Es zeige sich eine erhebliche Therapiebereitschaft und ein entsprechend dokumentierter Leidensdruck (Urk. 2/33 S. 34). Die Behandlungsoptionen seien als ausgeschöpft anzusehen (Urk. 2/33 S. 24).

Im Untersuch fänden sich keine Diskrepanzen zwischen Akten und Angaben. Die Beschwerdeschilderungen würden mit der Untersuchungssituation bezüglich Konzentration, Aufmerksamkeit und depressiver Symptome übereinstimmen. Die Äusserungen seien detailreich und enthielten Angaben aus dem realen Leben. Es finde sich kein Hinweis auf eine plakative und allgemeine Darstellung, vielmehr sei diese seit dem Jahr 2015 nachvollziehbar. Zu berücksichtigen seien auch hier die kognitiven Einschränkungen des Klägers. Wichtig sei auch, dass nicht nur negative Symptome, sondern auch subjektive Besserungen angegeben würden. Die Symptomatik sei nicht nur im Sinne einer Arbeitseinschränkung, sondern in allen Lebensbereichen dokumentierbar. Es finde sich eine schwere soziale Desintegration. Die Symptome seien grösstenteils typisch. Davon ausgenommen sei die schwergradige Parathymie, die in Lehrbüchern jedoch durchaus häufig als Kompensationsstrategie, meist bei Männern, beschrieben werde. Zusätzlich könne ein entsprechendes Lernverhalten in der früheren Kindheit dokumentiert werden; so habe der Vater nach dem Suizid des Grossvaters keine Traurigkeit ertragen bzw. diese sei im Elternhaus bestraft worden. Zusätzlich sei der Rey-Fifteen-Item Test (Rey-FIT) als einfacher Test bezüglich Aggravation und Simulation durchgeführt worden. Eine Aggravation sei bei Wiedergabe von weniger als neun Symbolen wahrscheinlich, während der Kläger 13 von 15 Symbolen richtig gezeichnet und zwei vertauscht habe (vgl. Urk. 2/33 S. 34 f.).

Schliesslich äusserte sich Dr. A.____ auch unter Einbezug der ICF-Kriterien zu den Funktions- und Fähigkeitseinschränkungen. Insbesondere untermauerte er durch diverse Beispiele aus dem Alltag, dass sich der Kläger nicht an einfache Regeln und Routinen halten könne. Aufgrund des schwergradig reduzierten Selbstbehauptungsvermögens sei dieser auch in der Interaktion mit Dritten schnell überfordert und könne Gruppenaktivitäten nicht durchhalten. Eine uneingeschränkte kognitive Funktionsweise sei nicht mehr gegeben. Der Kläger könne sich nur partiell selber versorgen. Er könne kurze Wege mit dem Auto fahren; bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel träten Angst und Überforderung auf (vgl. Urk. 2/33/26).

E. 6

4

Der behandelnde Facharzt, Dr. Z.____, monierte in seiner Stellungnahme vom 5. Oktober 2019 vorab, dass die Tagesrealität des Klägers vollkommen anders aussehe. Was Dr. Y.____ im Komma-Abstand darstelle, bewältige der Kläger im Laufe von zwei bis drei Wochen. Dieser müsse sich morgens zwingen, aufzu stehen und den Rasen zu mähen, was er eine halbe bis eine Stunde durchhalte. Danach sei er erschöpft, könne an diesem Tag keine

weiteren Aktivitäten unter nehmen. Allenfalls könne er noch mit dem Hund spazieren und bringe am nächsten Tag gar nichts mehr zustande. Bekannte treffe er einmal monatlich, da er sich dies nicht zutrauen und ausweiche, wo es gehe. Am ehesten treffe er noch einen Freund, den er aus der Klinik kenne. An einem Familientreffen könne er vielleicht am Rande teilnehmen, müsse sich aber alsbald zurückziehen, da er sich dem Lärm und den zwischenmenschlichen Anforderungen nicht gewachsen fühle. Nach tage- bzw. wochenlangem Hin- und Herschieben könne sich der Kläger sodann eine Stunde ans Pult setzen und Rechnungen zahlen; danach benötige er eine sehr lange Erholungszeit (vgl. Urk. 2/28 S. 2 und 4) .

Der Kläger könne sich nur für kurze Zeit vollkommen zusammenehmen und den Eindruck erwecken, es gehe gut wie immer. Er wolle nicht auffallen bzw. als krank beurteilt werden. Auch die Beschreibung von Dr. Y.____ wecke den Eindruck, man habe einen völlig unauffälligen, zugewandten, freundlich-kooperativen Menschen vor sich – selbstsicher und ohne Erschöpfungszeichen im Verlauf der Beobachtungszeit. Dr. Y.____ beschreibe dies als inszeniert wirkende, nicht authentische Selbstdarstellung; der Kläger habe nach eigenen Angaben an die äusserste Grenze gehen müssen, um die Begutachtung zu bewältigen. Die PC gestützte Testbatterie habe er nur unter grösster Überwindung bewältigen können. Er habe um Pausen gebeten, die ihm der Gutachter gewährt, ihn aber nach kurzer Zeit zum Weitermachen aufgefordert habe. Er habe dann einfach irgend welche Tasten gedrückt. Auch das Testprogramm habe ihn immer wieder aufgefordert, schneller zu arbeiten. Es handle sich um eine Dissimulation, einen Abwehrmechanismus, bei dem der Kranke versuche, sein Selbstbild aufrecht zu erhalten (vgl. Urk. 2/28 S. 2 f. ; ergänzend, Urk. 1 Ziff. 16).

Dr. Y.____ setze sich nicht damit auseinander, dass seine Diagnosestellung und Beurteilung im MADRS-Test im krassen Gegensatz zu allen ärztlichen Beurteilungen bzw. klinischen Beobachtungen der letzten Jahre stünden. Bei eigener kritischer Betrachtung resultiere im MADRS-Test ein Summenwert von 42

Punkten. Beim MMPI-2-Test handle es sich um einen Persönlichkeitstest; Dr. Y.____ leite daraus eine mögliche Aggravation ab (vgl. Urk. 2/28 S. 3 f.). Ferner sei die psychopharmakologische und psychotherapeutische Behandlung immer wieder angepasst worden. Auch ein Therapeutenwechsel und eine EKT seien diskutiert worden (im Detail: Urk. 2/28 S. 4 f.).

E. 6.1

Beim Gutachten von Dr. A.____ handelt es sich um ein von der Invalidenversicherung nach Art. 44 ATSG eingeholtes Administrativgutachten. Was den Beweiswert solcher Gutachten betrifft, ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, ob sie für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in derjenigen der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). Auf ein versicherungsexternes Gutachten ist im Bereich der Sozialversicherungen praxisgemäss abzustellen, sofern nicht konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; 135 V 465 E. 4.4; 125 V 351 E. 3b/ bb). Das Ausgeführte gilt auch für die Würdigung eines von der Invalidenversicherung in Auftrag gegebenen Gutachtens durch das Berufsvorsorgegericht

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_761/2013 vom 16. Dezember 2013 E. 3.2.1).

E. 6.2

Wie die Zusammenfassung in E. 5 zeigt und vom Kläger behauptet (Urk. 30 Ziff. 5.1), erfüllt das Gutachten von Dr. A.____ die vom Bundesgericht postulierten beweisrechtlichen Anforderungen. Die Diagnosestellung (E. 5.5) und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (E. 5.6) durch den Gutachter erfolgte auf Grundlage des von ihm erhobenen psychopathologischen Befundes (E. 5.3), der eigenen Beobachtungen (E. 5.2) und der Laborwerte (E. 5.3) sowie unter Einbezug der Vorakten (E. 5.4). Dabei holte der Gutachter auch nochmals aktuelle Auskünfte bei Dr. Z.____ ein, der einen unveränderten Gesundheitszustand bei wöchentlicher psychotherapeutischer sowie psychopharmakologischer Therapie ohne Hinweise auf eine Compliance-Problematik angab (vgl. Urk. 2/33 S. 18 f.). Die gutachterlichen Überlegungen sind alsdann nachvollziehbar, in sich schlüssig und stehen soweit im Einklang mit den Berichten der verschiedenen Behandler. Seine Einschätzung plausibilisierte Dr. A.____ anhand des Aktivitätenniveaus des Klägers, des behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks, des ausgebliebenen Behandlungs- und Eingliederungserfolgs bei Ausschöpfung der therapeutischen Optionen, des insgesamt glaubhaften Aussageverhaltens sowie eines Rey-15-Tests (E. 5.7). Wie nachfolgend dargelegt, setzte er sich zudem in überzeugender Weise mit der abweichenden Beurteilung durch den ebenfalls von der Invalidenversicherung beauftragten Dr. Y.____ auseinander.

E. 6.3.1

Dr. Y.____ kam in seinem Gutachten vom 5. August 2019 im Wesentlichen zum Schluss, eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit von über 20 % bezogen auf eine Vollzeitpensum lasse sich (ausserhalb der vollstationären Behandlungen) für keinen Zeitraum begründen (Urk. 1/27 S. 40 f.).

E. 6.3.2

Keines der Symptome gemäss ICD-10-Klassifikation sei in ausreichender Schwere bzw. Länge gegeben, um eine (allfällig andauernde) depressive Episode zumindest leichten Grades zu diagnostizieren. Insbesondere fehle es an einer dauerhaften Hemmung der Psychomotorik, einer wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und einer ausgeprägten sozialen Inaktivität (vgl. Urk. 2/27 S. 27). Auch im Montgomery and Asperg Depression Rating Scale (MADRS)-Test könne bei einem Summenwert von 12 Punkten ein depressives Syndrom nicht objektiviert werden (vgl. Urk. 2/27 S. 22 f.). Die affektiven Verstimmungen (bzw. rein subjektiven Symptome, Urk. 2/27 S. 29) würden sich vollständig als Teil einer unspezifischen anhaltenden affektiven Störung (ICD-10: F34.8) sowie als Folge sozialer Faktoren (eheliche Konflikte, Erziehungsschwierigkeiten, Krankheit des Sohnes, Konflikte und Belastungen am Arbeitsplatz, Kündigung des Anstellungsvertrags; ergänzend Urk. 2/27 S. 32) erklären und keine eigenständige depressive Episode gemäss ICD-10: F3 begründen. Die Störung umfasse auch die übergenaue (zwanghafte) Grundhaltung, soweit sich jene von den akzentuierten Persönlichkeitszügen (narzisstisch, histrionisch, zwanghaft) abgrenzen lasse (vgl. Urk. 2/27 S. 27). Ein die Leistungsfähigkeit objektiv beeinträchtigendes Sucht leiden sei nicht begründbar. Der angegebene unregelmässige Gebrauch ärztlich verordneter Benzodiazepine werde vom Kläger gegenwärtig angemessen selbst modifiziert (vgl. Urk. 2/27/ S. 28 f.).

E. 6.3.3

Der Kläger sei sehr gepflegt und mache es sich im Untersuch sichtlich bequem. Blickkontakt werde unregelmässig gesucht und gehalten. Darüber hinaus seien Psychomotorik und Antrieb angemessen, lebendig und flexibel. In der Interaktion sei der Kläger selbstsicher, narzisstisch, histrionisch und überangepasst, dabei sozial kompetent. Er lächle, lache und scherze situativ angemessen (vgl. Urk. 2/27 S. 19). Die Angaben zu seinen Beschwerden und deren Entwicklung seien auf mehrfache Nachfrage vage, unklar und pauschal geblieben; jene zu allfälligen anhaltenden ehelichen Konflikten und möglichen Verweistätigkeiten ausweichend und mehrdeutig. Es stehe eine inszeniert wirkende, nicht authentisch ele gische Selbstdarstellung im Vordergrund; die objektivierbaren psychopathologi schen Befunde seien bis auf eine Klagsamkeit weitgehend unauffällig. Darüber hinaus zeige sich im Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2-Test) eine extreme Zustimmungstendenz, Aufmerksamkeitserheischung und Überbeto nung von Krankheitssymptomen, weshalb eine bewusstseinsnahe Aggravation zu beachten sei (Urk. 2/27 S. 24 f.).

Es sei keine soziale Desintegration vorhanden (z.B. keine Verwahrlosung, kein schweres Suchtleiden, kein delinquentes Verhalten). Der soziale Kontext sei subjektiv und objektiv geordnet. Die Tagesstruktur werde geprägt von der Selbst einschätzung. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite sei gemäss eigenen Angaben möglich. Die Aktivitäten des täglichen Lebens seien ange messen (z.B. Rechnungen bezahlen, spazieren, Atemübungen verrichten, Inter net/Smartphone nutzen, Musik hören, TV sehen). Der Kläger arbeite im Haushalt und Garten mit, fahre mit dem Personenwagen zum Einkaufen, nehme Termine wahr und pflege weitere soziale Kontakte (Verwandtschaft, Nachbarschaft). Er

kümmere sich um Katze und Hund und habe in den Jahren 2018 und 2019 Reisen unternommen (Urk. 2/27 S. 30).

E. 6.3.4

Zu den Vorakten konstatierte Dr. Y.____ , Dr. Z.____ berichte seit November 2015 auf der Grundlage weit überwiegend subjektiver Beschwerden eine schwere depressive Episode, die unverändert sei, sich zuweilen aber dennoch verschlech tert haben soll. Die Diagnose werde weder mit Bezug auf das Klassifikations system diskutiert, noch ein objektiver psychopathologischer Befund deklariert. Die spärlich dokumentierte psychotherapeutische (z.B. Methode) und -pharmako logische (z.B. Lithium-Spiegel, dazu Urk. 2/27 S. 21) Behandlung sei erstaunlich wenig ausgebaut; weitere somatische Interventionen, wie eine Elektrokonvul sionstherapie (EKT), würden nicht erwogen (zu weiteren Therapieoptionen: Urk. 2/27 S. 31 f.). Die (teil-) stationären Behandlungen hätten regelmässig zu teilweise deutlichen Verbesserungen des Gesundheitszustandes geführt, wobei die Diagnose jeweils nur tradiert worden sei. Aus den objektiven psychopathologi schen Befunden lasse sich knapp ein ängstlich-deprimiertes Syndrom unklaren Schweregrades erkennen (vgl. Urk. 2/27 S. 25 f.). In den Berichten der Fachleute der beruflichen Rehabilitation würden ebenso wenig objektivierbare Defizite auf geführt (vgl. Urk. 2/27 S. 31).

E. 6.5

Infolgedessen äusserte der RAD gewisse Zweifel am Gutachten von Dr. Y.____ , worauf Dr. A.____ mit einer Beurteilung der Diskrepanzen und der von Dr. Z.____ angeführten neuen Aspekte beauftragt wurde (im Detail: Urk. 2/30 S.

3 f.) . Der RAD-Stellungnahme selbst kommt dabei keine eigenständige Bedeutung zu, da der RAD die Widersprüche nicht selbst auflöste.

Dr. A.____ wies in seinem Gutachten darauf hin, dass sich mit Blick darauf, wie der Kläger dargestellt werde,

die Diagnostizierung einer «sonstigen Reaktion auf schwere Belastung» (ICD-10: F43.8) und insbesondere auch die Beurteilung der Suizidalität nicht auflösbare Gegensätze zwischen der Akten dokumentation und der Gesamtwertung [durch Dr. Y.____] fänden. Er hob hervor, dass mit Blick auf die dokumentierte Anpassungsstörung aufgrund von ehelichen Konflikten, Entziehungstherapie, Krankheit des Sohnes und Belastungen am Arbeitsplatz, im Jahr 2019 (nach Kündigung des Arbeitsverhältnisses und bei stabiler Situation innerhalb der Ehe) nur die Belastungssituation bezüglich des Sohnes verblieben sei. In diesem Zusammenhang wies er ferner auf eine hereditäre Komponente der Depression hin (vgl. Urk. 2/33 S. 20). Ausführlich erläuterte Dr. A.____ sodann anhand (ähnlicher) Beobachtungen, der selbst erhobenen Befunde und ihm vorliegenden anamnestischen Angaben, weshalb er entgegen der Auffassung von Dr. Y.____ von einer schwergradigen Symptomatik ausging. Im Fokus stand hierbei eine parathyme Stimmung, bei der Traurigkeit und soziale Überforderung inadäquat ausgedrückt würden (vgl. E. 5.5). An anderer Stelle zeigte er zudem auf, dass keine längerfristige Besserung dokumentiert wurde (vgl.

E. 5.6).

Weiter führte Dr. A.____ aus, dass der Kläger angegeben habe, bei der testpsychologischen Untersuchung [durch Dr. Y.____] aufgrund des subjektiven Zeit drucks teilweise nur noch auf eine entsprechende Taste gedrückt zu haben. Besonders problematisch sei, dass im MMPI-2-Test die Skala Depression über dem Referenzbereich und der Standardabweichung liege. Auch in den Skalen Hysterie, Paranoia und Schizophrenie finde sich ein Überschreiten der Standardabweichung. Interpretiert werde damit, dass der Kläger in dieser Testung depressiv und autistisch sei. Zusätzlich werde explizit dokumentiert, dass es in Versagens situationen zu funktionellen körperlichen Beschwerden komme. Im Gutachten von Dr. Y.____ werde die Persönlichkeitsdiagnostik in dieser Schwere nicht diskutiert und bei der Diagnosestellung begründet, dass eine depressive Stimmung nicht dokumentierbar sei. Es werde auch kein Verlust des Selbstvertrauens angegeben; im Test zeige sich das Item « verzagt » über der Standardabweichung. Damit finde sich auch ein klarer Gegensatz zwischen MADRS-Test und Persönlichkeitsinventar (vgl. Urk. 2/33 S. 20), der nicht diskutiert worden sei. Der MADRS-Test sei zwar wiederholt worden. Eine parathyme Reaktion könne damit aber nicht abgebildet werden; 12 der 60 Punkte seien nicht dokumentierbar. Nicht zu werten sei auch das Item «reduzierter Appetit», da der Kläger ein appetit- und gewichtssteigerndes Medikament einnehme. Der Fremdbeurteilungsbogen erlaube keine Justierung für fehlende Items. Andernfalls entsprächen (Linearität voraus gesetzt) 42 Punkte 100 % und der Cut-off-Wert für eine schwere Ausprägung würde 23,5 Punkte betragen, womit der aktuelle Punktwert schwergradig darüber läge (Urk. 2/33 S. 24 f.). Dr. Y.____ weise nur innerhalb der Psychopathologie darauf hin, dass keine Symptome als sehr stark dokumentiert anzusehen seien. Im Gegensatz dazu würden in der Symptom-Checklist-90 (SCL-90) Einsamkeitsgefühle, Schwermut, Sorgen, übermässiges Angestrengtsein wie auch Interessen , Hoffnungs-, Wert-, Freud- und Energielosigkeit mit sehr stark angegeben. Bezüglich Ängstlichkeit werde angegeben, der Kläger habe in den vergangenen 7

Tagen sehr stark unter Nervosität und innerem Zittern gelitten. Damit zeige auch jener Test eine schwere depressive Symptomatik (vgl. Urk. 2/33 S. 20).

E. 6.6

Es ist somit mit dem Kläger (vgl. Urk. 30 Ziff.

E. 6.7

Bereits an dieser Stelle sei angemerkt, dass Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 21. Oktober 2021 zu den Einwänden von Dr. B.____ einräumte, in seinem Gutachten die von Dr. Y.____ diagnostizierte «sonstige anhaltende affektive Störung» (ICD-10: F 34.8) mit einer «sonstigen Reaktion auf schwere Belastung» (ICD-10: F43.8) verwechselt zu haben (Urk. 31/3 S. 5 unten). Bei der anhaltenden affektiven Störung (ICD-10: F 34.8) handelt es sich um eine diagnostisch bedeutsame Restkategorie für anhaltende affektive Störungen, die nicht ausreichend schwer genug sind oder lange genug dauern, um die Kriterien für Zyklothymia (F34.0), für Dysthymia (F34.1) oder für eine leichte (F32.0) bzw. mittelgradige (F32.1) depressive Episode zu erfüllen (vgl. Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F34.8 S. 184). Daraus ergeben sich folglich keine neuen Gesichtspunkte (wie andere Symptomatik und funktionelle Einschränkungen) mit Blick auf die Beurteilung von Dr. Y.____s Gutachten. Vielmehr diagnostizierte somit auch er – wie alle anderen Ärzte – letztlich ein psychisches Leiden aus dem Kreis der affektiven Störungen, so dass die beiden Gutachten der Invalidenversicherung einzig in Bezug auf den Schweregrad der Symptomatik divergieren, welchen Dr. A.____ ausführlich unter Berücksichtigung einer Parathymie begründete.

E. 7.1

Nach der Klageerhebung holte die Beklagte bei Dr. B.____ eine Stellungnahme explizit (nur) zum Gutachten von Dr. A.____ ein. Diese datiert vom 31. August 2021 (vgl. Urk. 24/1 S. 1). Dr. B.____ hat den Kläger nicht selbst untersucht (vgl.

Urk. 38/1 S. 14 unten). Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2019 vom 26. Mai 2020 E. 4.1). Angesichts des oben Ausgeführten besteht vorliegend keine genügende Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung bzw. steht die direkte ärztliche Befassung mit dem Kläger sogar im Zentrum der divergierenden Beurteilungen.

E. 7.2

Dr. B.____ führte in der Gesamtschau (vgl. Urk. 24/1 S. 59 f.) aus, die beschriebene Anamnese sei unvollständig und berücksichtige relevante Aspekte aus den Akten nicht (z.B. drei Kinder); es fänden sich immer wieder Wiederholungen einzelner Textbausteine. Dr. A.____s Ausführungen seien mehrfach vage und unkritisch. Jener stütze sich praktisch vollumfänglich auf die subjektiven Angaben des Klägers, was kritisch zu hinterfragen sei, da die Erfassung subjektiver psychischer Symptome aus der Selbstschilderung mit einer nur geringen Validität möglich sei. Seine Überlegungen im Hinblick auf die durchgeführte Testpsychologie würden erhebliche Mängel aufweisen. Die Einschätzung der Fähigkeiten nach Mini-ICF-APP sei unvollständig. Dr. A.____

habe zudem die Angaben in den Akten mehrfach unzureichend studiert. Insbesondere sei stossend, dass er das Gutachten von Dr. Y. ___ allenfalls oberflächlich studiert habe, ansonsten ihm aufgefallen wäre, dass er die ICD-Codierung verwechselt habe. Die Angaben zu den therapeutischen Optionen seien ebenfalls nicht nachvollziehbar. Es stünden noch diverse Behandlungsoptionen offen, insbesondere die EKT, darüber hinaus sei auch eine Anpassung der Medikation, eine Intensivierung der sportlichen Massnahmen wie auch eine klarere Tagesstrukturierung zu nennen (vgl. Urk. 24/1 S. 59 f.).

Daran hielt er mit Ergänzungen und Präzisierungen auch in seinen weiteren Stellungnahmen vom 31. August 2021 (Urk. 24/1), 23. August 2022 (Urk. 38/1) und 17. November 2022 (Urk. 49/1) fest.

E. 7.3.1

Grundsätzlich kommt einem Experten bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens ein grosses Ermessen zu. Massgebend ist letztlich, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Dauer der Untersuchung und Anzahl der psychiatrischen Explorationen unterliegen ebenso seiner Fachkenntnis und seinem Ermessensspielraum wie das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte oder die Durchführung einer Persönlichkeitsdiagnostik. Einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Es liegt somit im Ermessen des Experten, ob er psychologische Tests durchführen will. Aus diesem Grund ist es dem Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens z.B. auch nicht abträglich, keinen Mini-ICF-APP durchzuführen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1 mit Hinweisen). Um ein nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten in Zweifel zu ziehen, müssen andere Fachpersonen für ihre anderslautende Einschätzung letztlich wichtige, nicht rein subjektiver Interpretation entspringende Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3).

E. 7.3.2

Um Zweifel am Gutachten von Dr. A. ___ zu wecken, genügt es folglich nicht zu monieren, was der Gutachter noch hätte erfragen und abklären können, ohne gleichzeitig aufzuzeigen, inwiefern diese «Mängel» zu einer unzutreffenden psychiatrischen Einschätzung führten – auch wenn Dr. B. ___ , wie er mehrfach betonte, nur mit einer Aktenbeurteilung beauftragt wurde. Ein Gutachten muss und kann letztlich nicht alle erdenklichen Aspekte abdecken, wobei der Auftrag von Dr. A. ___ angesichts des aktuellen Vorgutachtens vor allem darin bestand, ergänzend die Widersprüche zur Stellungnahme von Dr. Z. ___ zu klären. Die Rechtsprechung verlangt einzig ein – und zwar gesamthaft betrachtet – nachvollziehbar und überzeugend begründetes Gutachten, in dem der Experte die im Einzelfall relevanten Aspekte würdigt. Auch wie viel Aufwand bei der Exploration im Einzelfall zu betreiben ist, hängt vorab von der Fragestellung, dem zu beurteilenden Beschwerdebild sowie den sich bereits aus den Vorakten ergebenden Erkenntnissen ab.

E. 7.3.3

Zahlreiche der von Dr.

B.____ in Urk. 21/1 S. 45-47 und Urk. 38/1 S. 11-14 auf geführten Einwände, wie Rechtschreibfehler, die Anzahl der erwachsenen Kinder, fehlende Angaben zum aktenkundigen Tabakkonsum (auch Urk. 38/1 S. 18 unten; dazu auch Stellungnahme von Dr. A.____, Urk. 31/3 S. 5), das Nichterfragen des Grunds für den einstigen Besuch beim Schulpsychologen, die Durchführung eines Rey-FIT bei Angabe des Verzichts auf eine testpsychologische Untersuchung (dazu auch Stellungnahme von Dr. A.____, Urk. 31/3 S. 1 f.), fehlende Abklärungen zu für die Psyche relevanten körperlichen Vorerkrankungen (wobei weiterhin keine Indizien für solche bestehen) oder der Hinweis, dass sich die Einschätzung einer depressiven Episode auf die letzten beiden Wochen beziehe und somit Suizidalität im Zeitpunkt der Begutachtung (also im Sinne einer blossen Momentaufnahme ohne Berücksichtigung des Längsverlaufs) zu verneinen gewesen wäre (auch Urk. 38/1 S. 23), sind daher nicht sachdienlich. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern diese am Gesamtbild, das Dr. A.____ vom Gesundheitszustand des Klägers zeichnete, irgendetwas ändern bzw. auf eine Arbeitsfähigkeit hinweisen würden. Dies gilt auch für erwähnte psychosoziale Faktoren, soweit diese keine direkten funktionellen Auswirkungen zeitigen, was von Dr. A.____ verneint (vgl. E. 6.5) und von Dr. B.____ nicht näher ausgeführt wurde (vgl. Urk. 38/1 S. 16; Urk. 49/1 S. 8, Urk. 48 S. 4), bei auch Diagnostizierung eines selbständigen psychischen Leidens (zum Abhängigkeitssyndrom vgl. E. 7.4).

E. 7.3.4

Im Übrigen sind Textwiederholungen – mitbedingt durch den Fragenkatalog – nicht unüblich. Da ein (Mini)-ICF nach der Rechtsprechung gänzlich entbehrlich ist, muss es entgegen Dr. B.____s Auffassung (etwa Urk. 38/1 S. 10 f.) ferner genügen, wenn im Gutachten diejenigen Fähigkeitsbeeinträchtigungen benannt (und einlässlich begründet, vgl. E. 5.7 letzter Abschnitt) werden, welche die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung stützen.

E. 7.4.1

Näher zu prüfen ist Dr. B.____s Einwand eines (low-dose) Abhängigkeitssyndroms (ICD-10: F13.2) bzw. schädlichen Gebrauchs von Sedativa (ICD-10: F13.1), zumal die Beklagte zu Recht geltend machte (vgl. Urk. 37 S. 3),

im Falle einer Erwerbsunfähigkeit infolge einer Tablettensucht keine Leistungen zu schulden (vgl. E.

3.2). Dabei trägt sie für diese leistungsausschliessende (bzw. vorliegend allenfalls leistungsaufhebende) Tatsache die Beweislast (vgl. Art.

E. 7.4.2

Dr. B.____führte aus, der Kläger habe angegeben, dass er pro Woche bis zu 4 mg Temesta (Benzodiazepin) und bis zu dreimal Zoldorm (Zolpidem) einnehme. Aktenkundig werde ein Abhängigkeitssyndrom von Sedativa beschrieben und es sei schon ein Entzug durchgeführt worden. Schon die sechswöchige Einnahme solcher Substanzen könne zu einer Toleranzentwicklung führen. Absetzversuche bzw. Unterdosierungen könnten Entzugserscheinungen verursachen, die als Symptomatik der depressiven Episode missverstanden würden. Um diese zu vermeiden, könne eine Langzeiteinnahme erfolgen. Dieses Phänomen werde seit Jahren als Niedrigdosisabhängigkeit bezeichnet, da die Abhängigkeitskriterien gemäss ICD-10- und DSM-V-Klassifikation nicht erfüllt seien und sich viele Betroffene nicht als abhängig verstünden. Dr. A.____lasse ausser Acht, dass durch

die Einnahme von Sedativa eine Beeinträchtigung der kognitiven Fähigkeiten, aber auch eine Akzentuierung von depressiven Symptomen erfolgen könne. Dass der Kläger angebe, er habe keine körperlichen Entzugserscheinungen und die Substanzen würden wie zu Beginn wirken, sei kritisch zu hinterfragen. Er trinke regelmässig ein «Frustrationsbier», was die Wirkung verstärke. Zudem habe er häufig Druck auf der Brust und könne schlecht Luft holen; was er dagegen einnehmen, sei nicht erfragt worden (vgl. Urk. 24/1 S. 53 f.). Dass der Kläger ein oder zwei Temesta «gebraucht» habe, um zum Untersuchungstermin zu erscheinen, lasse auf einen unkritischen Konsum schliessen (vgl. Urk. 24/1 S. 59).

Am 23. Juni 2022 ergänzte Dr. B.____, der in der Potentialabklärung erwähnte Druck in der Brust, der mit Einnahme von Temesta nachlasse, weise wie auch der Austrittsbericht des Sanatoriums D.____ vom 10. Dezember 2016, worin ein Konsum von zeitweise bis zu 14 mg Lorazepam pro Woche angegeben worden sei, zumindest auf einen schädlichen Gebrauch von Sedativa hin. Ein solcher Konsum führe bei längerem Gebrauch mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung eines Abhängigkeitssyndroms. Im Jahr 2017 sei notiert worden, dass der Kläger Temesta benötige, um das Haus zu verlassen. Im Bericht des Sanatoriums D.____ vom 11. Dezember 2018 sei angegeben worden, der Kläger wolle einen Temestaentzug durchführen, und es sei eine Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10: F13.2 diagnostiziert worden. Eine Depression könne während einer Benzodiazepinbehandlung manifest werden oder es könnte sich bei der zur Depression passenden Symptomatik um Arzneimittelnebenwirkungen handeln, was erst nach längerer Abstinenz beurteilt werden könne. Dr. A.____ habe nicht an die Möglichkeit eines Abhängigkeitssyndroms von Sedativa gedacht; eine depressive Episode sei nur zu diagnostizieren, wenn diese nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen zurückzuführen sei (vgl. Urk. 38/1 S. 4-7).

Daran hielt Dr. B.____ auch in der Stellungnahme vom 17. November 2022 fest. Dazu ergänzte er, dass gestützt auf die vorangehende Stellungnahme ohne Zweifel von einem Abhängigkeitssyndrom von Sedativa auszugehen sei. Der Kläger habe bei einem Wert von $7 \mu\text{g/l}$ (Referenzbereich $10\text{-}100 \mu\text{g/l}$) während der Untersuchung nachweislich unter dem Einfluss von Lorazepam gestanden. Beizupflichten sei Dr. A.____ insoweit, als dieser näher darauf hätte eingehen müssen, ob die Depression vorbestehend oder durch die Einnahme von Lorazepam verstärkt oder verschleiert worden sei (vgl. Urk. 49/1 S. 2-6).

E. 7.4.3

Wie Dr. A.____ in seinen Stellungnahmen vom 21. Oktober 2021 (Urk. 3/31 S. 2-4) und 1. Oktober 2022 (Urk. 42) zutreffend ausführte, genügt die Verschreibung oder der Gebrauch von Benzodiazepinen für die Begründung einer Abhängigkeit letztlich nicht; ebenso wenig, dass der Betroffene nach eigenen Angaben nur schläft, wenn er ein bestimmtes Medikament eingenommen hat. Nichts Anderes kann für die Hinweise auf einen Lorazepamspiegel unterhalb des Wirkungsbereichs, die verstärkende Wirkung des «Frustrationsbiers» und den Druck in der Brust, der bei der Einnahme von Temesta nachlässt, gelten. Letzteren erachtete Dr. A.____ mit Blick etwa auf Angsterkrankungen zu Recht als wenig aussagekräftig, wogegen Dr. B.____ einzig therapeutische Bedenken beim Einsatz von Sedativa bei Angsterkrankungen aufgrund des Abhängigkeitspotentials äusserte (vgl. Urk. 49/1 S. 3 f.). Die genannten Tatsachen belegen auch in ihrer Gesamtheit noch keine Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen im Sinne der ICD-10-Klassifikation (vgl. dazu Dilling/Werner Mombour/Martin H.

Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F1x.1 und F1.x2 S. 113-116). Daran ändert nichts, dass Dr. B.____ nach eigenen Angaben über jahrelange Erfahrung in der Suchtmedizin verfügt (vgl. Urk. 38/1 S. 19 Mitte und 21 unten).

Andererseits bleibt unklar, was Dr. A.____ noch hätte abklären können, um eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Abhängigkeit zu prüfen, zumal die Angaben des Klägers von Dr. B.____ ohnehin nicht als glaubhaft eingestuft wurden. Dr. A.____ war sich der Problematik bei früherem Temestaentzug durchaus bewusst und hat den Kläger zum Konsum, zu allfälligen Entzugssymptomen sowie zu einer möglichen Toleranzentwicklung befragt und auch Laborwerte erhoben, womit sich (zunächst unstrittig) jedoch kein aktuelles Suchtleiden gemäss den nach Bundesgericht massgebenden, gebräuchlichen Klassifikationen begründen liess (dazu auch E. 5.2 und 5.5). Insoweit erübrigt sich die Diskussion, ob es sich hierbei um ein Ausschlusskriterium für die Diagnostizierung einer Depression handelt. Ergänzend verwies Dr. A.____ auf die «Praxis Suchtmedizin» als Schweizer Quelle und hob hervor, dass es tendenziös sei, angesichts deren Definition (< 20mg Valium/Tag Äquivalenzdosis) eine nicht tägliche und nicht regelmässige Einnahme von Sedativa als Low-Dose-Abhängigkeit darzustellen. Zutreffend hielt Dr. A.____ ferner fest, dass Dr. Y.____ ebenfalls einen unre gelmässigen Gebrauch ärztlich verordneter Benzodiazepine angegeben habe, wobei der Kläger diesen angemessen selbst modifizieren könne (vgl. E. 6.3.2).

In der Folge postulierte Dr. B.____ – gestützt auf vor den Begutachtungen datierende Berichte – ein Abhängigkeitssyndrom von Sedativa, was bereits die Tatsache ausser Acht lässt, dass der Kläger während der stationären Behandlung Ende 2018 einen Entzug wünschte, der soweit ersichtlich auch durchgeführt wurde (vgl. Urk. 2/27 S. 13 unten; Medikation Urk. 2/24 Frage 2.3). Zudem wurde, wie vom Kläger dargetan (vgl. Urk. 30 Ziff. 6.7) im Bericht des Sanatoriums D.____ vom 11. Dezember 2018 nicht nur das «Abhängigkeitssyndrom Temesta» als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt, sondern auch klargestellt, dass sich die Funktionseinschränkungen aus den schweren depressiven Symptomen ergäben (vgl. Urk. 2/24).

E. 7.4.4

Es lässt sich somit – wie vom Kläger vorgebracht (vgl. Urk. 30 Ziff.

E. 7.5.1

Zu den aktenkundigen Tests machte Dr. B.____ geltend, der MMPI-2-Test gelte als veraltet und sei bei auffälliger Lügen-, Seltenheits- und Korrekturskala mit Vorbehalt zu berücksichtigen. Zudem habe der Kläger angegeben, der Computer habe ihn nervös gemacht, so dass er einfach eine Taste gedrückt habe. Dies sei angesichts der Antwortzeiten (weniger Zeit bei kurzen Items, mehr Zeit gegen Ende der Untersuchung) und des vergleichsweise differenzierten Profils allerdings nicht nachvollziehbar. Anhand des Fragebogens allein könne jedenfalls weder eine psychische Störung noch eine Simulation festgestellt werden. Der SCL-90 sei ein Selbstbeurteilungsbogen mit erhöhtem Risiko für eine willentlich verzerrte Selbstdarstellung/negative Antwortverzerrung im Hinblick auf eine Berentung bei finanziell schwieriger Situation des Klägers (vgl. Urk. 24/1 S. 48-50).

Dr. A.____ habe seinen MADRS-Test nicht dokumentiert. Obschon sich der Kläger in dessen Untersuchung von Suizidalität habe distanzieren können, habe er diese mit 6 Punkten bewertet (ergänzend: Einleitung Urk. 38/2). Eine «Justierung» sei nicht plausibel, zumal

dieser Test auch subjektive Aspekte berücksichtige. Der Rey-FIT könne einigermaßen zuverlässig nur eine stark eingeschränkte Testmotivation erfassen. In der Literatur werde davor gewarnt, diesen als alleinigen Beschwerdevalidierungstest einzusetzen, was Dr. A. ___ aber getan habe. Der Test sei in hohem Masse durchschaubar und verfälschungsanfällig; dieser weise eine unzureichende Sensitivität und Spezifität für die Erkennung negativer Antwortverzerrungen auf. Damit sei die Schlussfolgerung von Dr. A. ___, eine Aggravation oder bewusstseinsnahe Aggravation sei nicht wahrscheinlich, nicht haltbar. Es fehle an einer angemessenen testpsychologischen Beschwerdevalidierung. Ohne eine solche könne häufig keine adäquate Aussage zu negativen Antwortverzerrungen gemacht werden (vgl. Urk. 24/1 S. 50-52; Urk. 38/1 S. 1-4; Urk. 49/1 S. 1 f.).

E. 7.5.2

Mit Blick auf die in E. 7.3.1 zitierte Rechtsprechung ist Dr. B. ___ insoweit beizupflichten, als den genannten Tests keine eigenständige Bedeutung zukommen kann. Entgegen seiner Ansicht und derjenigen der Beklagten (vgl. Urk. 37 S. 12) stehen die Methode im Rahmen der Exploration, insbesondere die Durchführung einer testpsychologischen Beschwerdevalidierung, indessen im Ermessen des Gutachters. Dr. A. ___ verzichtete weitestgehend auf Tests zur Begründung seiner Einschätzung (vgl. E. 6.2). Zum Rey-FIT erörterte er, dieser sei als Teil einer gesamten Überprüfung bezüglich Aggravation und Simulation genutzt worden. Dazu verwies er auf seine ausführliche Konsistenzprüfung (wiedergegeben in E. 5.7 dritter Abschnitt; vgl. Urk. 31/3 S. 1 f.; Urk. 42 S. 1). Ergänzend kann auf die übrigen in E. 5.7 zusammengefassten, gutachterlichen Ausführungen verwiesen werden. Es ist dem Kläger beizupflichten (vgl. Urk. 30 Ziff.).

E. 7.5.3

Demnach vermag Dr. B. ___ mit seinen Einwänden zum Rey-FIT nicht an der umfassenden (vgl. E. 5.7 alle Abschnitte) Inkonsistenz- und Plausibilitätsprüfung durch Dr. A. ___ zu rütteln und noch weniger konkrete Anhaltspunkte für eine (abzuklärende) Aggravation aufzuzeigen. Die Validität der weiteren Tests kann offengelassen werden, zumal Einigkeit darin besteht, dass diese – aus welchen Gründen auch immer – nur sehr beschränkt aussagekräftig sind und Dr. A. ___ seine Einschätzung nicht in erster Linie darauf stützte, sondern lediglich darlegte, dass diese nicht im Widerspruch dazu stehen. Es sei dennoch angemerkt, dass sich dem Laien mit Blick auf Urk. 2/32 nicht ohne weiteres erschliesst, was Dr. B. ___ unter Bezugnahme einzelner Items und ohne Berücksichtigung der gesamten Bearbeitungsdauer aus den Antwortzeiten ableitete. Darüber hinaus ist nicht ersichtlich, inwiefern die Berücksichtigung subjektiver Aspekte im MADRS-Test etwas daran ändern würde, dass sich die bei einer Depression im Regelfall einschlägigen Items wie sichtbare Traurigkeit und Appetitverlust beim Kläger aus speziellen Gründen nicht abbilden lassen. Zu Recht merkte Dr. A. ___ auch an, dass sich Dr. B. ___ nicht mit der Fehlinterpretation von Aggravation im Ursprungsgutachten, also der Parathymie, auseinandersetze (vgl. Urk. 42 S. 1).

E. 7.6.1

Soweit es die (auch von Dr. Y. ___ angesprochene, vgl. E. 6.3.4) Ausschöpfung der therapeutischen Optionen bzw. den behandlungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck anbelangt, bestehen vorab keine konkreten Hinweise auf eine Malcompliance bei der Einnahme der Antidepressiva – weder aufgrund der Angaben des Klägers, der Berichte der verschiedenen Behandler (insbesondere auch Urk. 2/33 S. 18 f.)

noch der aktenkundigen Laborwerte (etwa Urk. 2/27 S. 21; Urk. 24/1 S. 45 Anmerkung Dr. B.____), welche jeweils zu interpretieren sind und vorliegend für eine Einnahme sprechen. Eine belegte «durchgängige und regel mässige» Medikamenteneinnahme, wie von Dr. B.____ postuliert (vgl. Urk. 24/1 S. 56), ist nur in begründeten Fällen zu verlangen (vgl. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP, Version 2016, S. 18).

Weshalb die Medikation – entgegen den späteren Beurteilungen von Dr. A.____ (vgl. E. 5.7 zweiter Abschnitt) und Dr. Z.____ (Urk. 2/28 S. 4 f.) sowie trotz diverser Anpassungen im stationären Rahmen (etwa Urk. 2/16 S. 2 f.; Urk. 2/18 S. 5; Urk. 2/19 S. 2 f. in Verbindung mit Urk. 2/24 Frage 2.3) – nicht der ange gebenen Schwere der Symptomatik entsprechen soll bzw. was stattdessen ange messen wäre, lässt sich dem Gutachten von Dr. Y.____ nicht entnehmen. Gleiches gilt mit Bezug auf den Methodenwechsel (vgl. Urk. 2/27 S. 31 f. und ferner 25 unten). Zudem erörterte Dr. A.____ nachvollziehbar, weshalb seines Erachtens keine « längerfristige » und somit – entgegen den Ausführungen von Dr. B.____ (etwa Urk. 38/1 S. 19 f.) und Dr. Y.____ (etwa Urk. 2/33 S. 26 oben) – seit dem Jahr 2015 (anders als zu Beginn der Krankheit) keine relevante gesundheitliche Besserung mehr dokumentiert ist (vgl. E. 5.6). Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass keine der Besserungen den vorliegend eingeklagten Zeitraum betrifft und eine geringfügige, vorübergehende Restarbeitsfähigkeit bei labilem Zustand aus rechtlicher Sicht als wirtschaftlich unverwertbar gilt und deshalb noch keine Rentenrevision rechtfertigt.

E. 7.6.2

Bezüglich der EKT, die gemäss Dr. Z.____ mit dem Kläger durchaus thematisiert wurde (vgl. Urk. 2/28 S. 5), kann auf die Ausführungen von Dr. A.____ verwiesen werden (vgl. Urk. 31/3 S. 4 f. und Urk. 42 S. 3 f.). Ergänzend ist festzuhalten, dass auch in der Gerichtspraxis bei der Beurteilung des Leidensdrucks und der Ausschöpfung der Therapieoptionen bisher nicht entscheidend ist, ob eine EKT beansprucht wurde. Wie auf S. 120 f. der S3-Leitlinien S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Langfassung, 2. Auflage, 2015, Version 5 festgehalten, wird dieses (bei schweren, vital bedrohlichen oder therapieresistenten depressiven Episoden als Behandlungsalternative in Betracht zu ziehende) Therapieverfahren in Deutschland im internationalen Vergleich nach wie vor eher selten eingesetzt, auch wenn die Häufigkeit zunimmt. Es kann deshalb (noch) nicht als übliches Therapieverfahren gelten. Gemäss den Leitlinien liegen zum Vergleich von EKT und modernen Antidepressiva zudem nur wenige Untersuchungen vor, wobei bei Patienten, die nicht auf Antidepressiva ansprechen würden, auch die Responserate auf EKT verringert sei und erhöhte Rückfallraten innert sechs Monaten auftreten würden. Daran ändert entgegen der Auffassung der Beklagten (vgl. Urk. 37 S. 19) der von Dr. B.____ zitierte Auszug aus einem aktuelleren wissenschaftlichen Artikel nichts. Dieser bezeichnet die EKT zwar als anerkannten und international verbreiteten Standard, hält aber gleichzeitig fest, dass die Indikation heute präziser und enger gestellt werde und es überrasche, wie stark vorurteilsbeladen und kritisch die EKT in der Öffentlichkeit und auch von Fachpersonen wahrgenommen/bewertet und weit weniger häufig als eigentlich indiziert eingesetzt werde (vgl. Urk. 49/1 S. 8 unten). Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die Leitlinien nach wie vor den ärztlichen Konsens widerspiegeln und Dr. A.____ zu Recht auch auf die Praxisrealität hinwies. Nur der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass sich

Dr. B.____

auch nur ansatzweise zur Indikation und Zumutbarkeit der EKT beim Kläger äusserte (Urk. 24/1 S. 56 f.; Urk. 38/1 S. 8-10; Urk. 49/1 S. 6 und 8 f.; ebenso Dr. Y.____ , Urk. 2/27 S. 25 unten).

E. 7.6.3

Inwiefern die übrigen aufgeführten Therapien medizinisch indiziert und mit einer zu erwartenden Steigerung der Arbeitsfähigkeit verbunden sein sollen, wurde von Dr. B.____ (vgl. Urk. 24/1 S. 57 f.) nicht dargetan. Gemäss den obgenannten Leitlinien ist der antidepressive Effekt einer Wachtherapie (Schlafentzugstherapie) gewöhnlich nicht anhaltend bzw. erleiden die meisten Patienten schon nach einer Erholungsnacht einen Rückfall (S. 123). Der Effekt von körperlichem Training ist nach aktueller Datenlage klein (S. 127) und für die Lichttherapie bei nichtsaisonal abhängigen Depressionen besteht gar keine Behandlungsempfehlung (S. 124). An einer solchen fehlt es auch für eine repetitive transkranielle Magnetstimulation und Vagus-Nerv-Stimulation (vgl. S. 128).

E. 7.6.4

Der Kläger bestreitet (vgl. Urk. 30 Ziff.

E. 8

ZGB).

E. 8.1

Zusammenfassend ist dem Gutachten von Dr. A.____ somit voller Beweiswert zuzuerkennen, womit eine über den 14. Oktober 2019 hinaus anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit infolge einer depressiven Erkrankung nachgewiesen ist. Von einem weiteren psychiatrischen Gutachten, wie es von der Beklagten

in der Duplik zur Stützung der Einwände von Dr. B.____ beantragt wurde (vgl. Urk. 37 ab S. 9), sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Damit hat der Kläger über das genannte Datum hinaus Anspruch auf die vollen Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit gemäss der Police ... , d.h. eine Jahresrente von Fr. 12'000.- bis längstens 15. Januar 2027 und eine Prämienbefreiung bis längstens 15. Januar 2028. Im Umfang der vom Kläger für den Zeitraum ab 15. Oktober 2019 erbrachten Prämienleistungen von Fr. 8'134.10 (Urk. 2/10-12) ist die Beklagte ungerechtfertigt bereichert und hat den Betrag zurückzuerstatten.

E. 8.2

Umstritten ist der Verzugszinslauf

(vgl. Urk. 1 S. 11 ; Urk. 23 S. 81 und Urk. 37 S. 38).

Gemäss Art. 104 Abs. 1 OR hat

der Schuldner einen Verzugszins von 5 % pro Jahr zu bezahlen, wenn er mit der Zahlung einer Geldschuld in Verzug ist. Ein Schuldner, der mit der Entrichtung von Renten im Verzug ist, hat nach Art. 105 Abs. 1 OR indessen erst vom Tage der Anhebung der Betreuung oder der gerichtlichen Klage an Verzugszinse zu bezahlen (Art. 105 Abs. 1 OR).

E. 8.3

Die Regeln nach Art. 102 ff. OR

gelten auch für fällige Invalidenrenten im Bereich der obligatorischen und der überobligatorischen Berufsvorsorge (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_66/2012 vom 25. Juni 2012 E. 1.3), weshalb im Rahmen der gebundenen Säule 3a nichts anderes gelten kann. Demnach ist ein Verzugszins von 5 %

vom Datum der Postaufgabe der Klage, dem

2. Juni 2021 (Urk. 1), auf den bis zu jenem Zeitpunkt fällig gewordenen Rentenleistungen zu bezahlen.

Auf den seit der Klageeinreichung fällig gewordenen Rentenleistungen ist die Beklagte ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum verzugszinspflichtig. Gleiches gilt für die Prämienbefreiung als akzessorische Versicherungsleistung, weshalb auch hier der Zins erst ab Klageerhebung geschuldet ist (dazu Stephan Fuhrer, umstrittene Prämienbefreiung, Besprechung des Urteils des Bundesgerichts 4A_53/2010 vom 29. April 2010, abrufbar unter www.stephan-fuhrer.ch). 9.

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Unter Berücksichtigung der massgeblichen Kriterien, insbesondere in Anbetracht der weitschweifigen Eingaben der Gegenseite im Zusammenhang mit von ihr eingeholten langwierigen medizinischen Stellungnahmen, erscheint die Zusprache einer Parteientschädigung für den anwaltlich vertretenen Kläger von Fr. 4'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) als angemessen. Das Gericht beschliesst:

Die Firma der Beklagten (bisher: Basler Leben AG) wird im Rubrum geändert (neu: Baloise Leben AG) und erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Klage wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger mit Wirkung ab dem 15. Oktober 2019 basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 100 % die vertragliche Erwerbsausfallrente von Fr.

E. 10

zu Recht darauf hinwies, dass im MADRS-Test auch suizidale Gedanken zu berücksichtigen seien (vgl. Urk. 41 Ziff. 8). Zu den bezweifelten Suizidversuchen (etwa Urk. 38/1 S. 22 oben) sei angemerkt, dass vom Kläger immerhin konkrete Absichten beschrieben wurden und in diesem Rahmen auch eine Kurzintervention im Sanatorium D.____ dokumentiert ist (vgl. Urk. 2/33 S. 9 unten; Urk. 2/25).

E. 12

'000.-- pro Jahr zuzüglich Verzugszins von 5 % ab dem 2. Juni 2021 auf den bis zu diesem Zeitpunkt fällig gewordenen und für die seit diesem Zeitpunkt fällig gewordenen Rentenleistungen ab dem jeweiligen Fälligkeitsdatum auszurichten.

Des Weiteren wird die Beklagte verpflichtet, dem Kläger für zu viel bezahlte Prämien einen Betrag von Fr. 8'134.10 nebst 5 % Zins seit 2. Juni 2021 zu bezahlen.

Im Übrigen (Zins) wird die Klage abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger eine Prozessentschädigung von Fr. 4'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - Rechtsanwalt Peter Jäger - Bundesamt für Sozialversicherungen 5.

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

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

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

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