

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01459 vom 26. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01459

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01459 du 26 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01459 del 26 giugno 2009

Erwägungen

E. 3

3.1. Der Beschwerdeführer wurde am 28. Januar 2003 in der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital C. (C.), untersucht (Urk. 11/10/5).

Dr. med. D., Oberarzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, führte in einem Arztbericht vom 14. Februar 2003 aus, der Beschwerdeführer berichte über vielfältige Beschwerden, an denen er seit zwei Jahren leide. Das Hauptproblem seien seine Müdigkeit und eine Adynamie, weshalb er kaum noch das Haus verlasse. Die Beschwerden seien vor zwei Jahren plötzlich aufgetreten mit Schwindel, Schwarzwerden vor den Augen, Zittern und einem Gefühl, ohnmächtig zu werden. Zudem habe er Kopfschmerzen frontal und Rücken- und Bauchschmerzen. Seit letzten Sommer sei es spontan zu einer Besserung gekommen (Urk. 11/10/5). Der Beschwerdeführer habe seit zwei Jahren nicht mehr gearbeitet (Urk. 11/10/6 oben).

In der Untersuchung sei der Puls regelmässig, die Herzklappen seien rein. Der Bauch sei weich und indolent. Es bestehe eine Haltungsinsuffizienz mit langgezogener Hyperkyphose der Brustwirbelsäule und eine rechtskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule. Die Wirbelsäule sei in allen Abschnitten normal beweglich. Die Gelenke der oberen und unteren Extremitäten seien normal beweglich. Es beständen keine artikulären Druckdolenz und keine Synovitiden. Das Babinski-Zeichen sei negativ (Urk. 11/10/6 oben).

Dr. D. nannte als Diagnosen eine Adynamie unklarer Aetiologie und ein zervikovertebrales Syndrom (Urk. 11/10/5). In der aktuellen rheumatologischen Untersuchung seien keine Hinweise für eine entzündlich-rheumatologische Erkrankung festzustellen. Insbesondere beständen keine Hinweise für eine Myositis. Eine eigentliche Schwäche sei in der Untersuchung nicht nachweisbar. Im Kontrast dazu ständen die in der Muskelkraftmessung stark verminderten Werte aller getesteter Muskelgruppen. Eigentliche Myalgien oder Arthralgien gebe der Beschwerdeführer nicht an. Die typischen Tenderpoints für eine Fibromyalgie seien in der Untersuchung negativ. Die Voraussetzungen für die Diagnose einer Fibromyalgie seien daher nicht erfüllt. Die geklagten Nacken- und okzipitalen Kopfschmerzen seien am ehesten im Sinne eines zervikovertebralen Syndromes zu interpretieren.

Therapeutisch stehe die vor kurzem begonnene Psychotherapie im Vordergrund. Zur Behandlung des zervikovertebralen Syndromes und zur Verhütung einer Progredienz von Rückenschmerzen bei einer Haltungsinsuffizienz und

muskulären Dekonditionierung werde eine physiotherapeutische Instruktion von Rückenmuskelkräftigenden Übungen und ein regelmäßiges Ausdauertraining empfohlen (Urk. 11/10/6 unten).

3.2 Der Beschwerdeführer war von November 2002 bis März 2003 bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, in Behandlung (Urk. 11/10/2 lit. D).

Dr. E.____ führte in einem Bericht vom 2. Juni 2003 aus, die geschilderten Symptome mit Müdigkeit, allgemeiner Kraftlosigkeit und Gewichtsverlust seien glaubwürdig (Urk. 11/10/2 lit. D.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit habe ab dem 1. November 2002 während acht Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (Urk. 11/10/1 lit. B). Langfristig sei wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 11/10/2 Ziff. 4).

3.3 Der Beschwerdeführer war seit Februar 2003 in der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals C.____ (C.____) in Behandlung (Urk. 11/12 S. 2 lit. D.1).

Die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik führten in einem Bericht vom 11. September 2003 zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer sei 1987 von Portugal in die Schweiz gereist, wo seine Eltern bereits seit sieben Jahren gelebt hätten. Nach Abbruch einer Lehre sei er mehrere Jahre erfolgreich als selbständiger Finanzberater tätig gewesen (Urk. 11/12 S. 2 lit. D.3). Der Beschwerdeführer gebe an, dass er seit zirka drei Jahren an Antriebs- und Energiemangel, Lustlosigkeit und fehlender Motivation leide. Zum Teil habe er Wochen und Monate im Bett verbracht. Zusätzlich leide er an Kopf- und Gliederschmerzen, Magenbeschwerden, Schwindelanfällen und Angst bis hin zu Panikanfällen mit Schweissausbrüchen, einem Tremor und dem Gefühl, gelähmt zu sein. Gegenwärtig sehe er sich nicht imstande, auch nur leichte Arbeiten zu verrichten (Urk. 11/12 S. 2 lit. D.4). Der Beschwerdeführer klage über eine depressive Stimmungslage, Hoffnungslosigkeit, mangelnde Eigeninitiative, einen ans Zwanghafte grenzenden Ordnungssinn und Zukunftsängste (Urk. 11/12 S. 2 lit. D.5).

Die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine narzisstische Persönlichkeitsstörung, seit Februar 2003, und eine chronifizierte mittelschwere Depression mit somatischem Syndrom, seit August 2001 (Urk. 11/12 S. 1 lit. A).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Finanzberater habe vom 10. Februar bis 30. September 2003 eine Arbeitsunfähigkeit von 75 % bestanden (Urk. 11/12 S. 1 lit. B). Aufgrund der beschriebenen Symptomatik sei es dem Beschwerdeführer in den letzten Jahren nicht möglich gewesen, zumindest in einem Anstellungsverhältnis zu arbeiten (Urk. 11/12 S. 2 lit. D.7 a). Unter der Voraussetzung einer engmaschigen psychotherapeutischen Betreuung und mit Hilfe eines beruflichen Reintegrationsprogrammes sei dem Beschwerdeführer die zumindest teilweise Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit möglich (Urk. 11/12 S. 2 lit. D.7 b). Aufgrund der bestehenden Persönlichkeitsmerkmale falle es diesem wahrscheinlich schwer, sich in ein Arbeitsteam zu integrieren. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 11/12 S. 4).

3.4 Der Beschwerdeführer war vom 31. Mai bis 15. Juni 2005 bei Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, in Behandlung (Urk. 11/31 S. 6 lit. D.1).

Dr. A. ___ führte in einem Bericht vom 3. April 2006 (Urk. 11/31 S. 5-7 = Urk. 3/2) zur Krankengeschichte aus, der Beschwerdeführer leide seit etwa fünf Jahren an einer schweren Mähdigkeit mit Schmerzen im Nacken, im Kopf und in der Wirbelsäule. Er sei zum Teil lichtempfindlich (Urk. 11/31 S. 6 lit. D.3). Die Stimmung des Beschwerdeführers sei anlässlich der Untersuchung mehrheitlich dysphorisch und von der Frustration geprägt, praktisch nichts mehr leisten zu können. Teils sei eine depressive sowie ängstliche Symptomatik spärbar.

Das Hauptkriterium für eine chronische Mähdigkeit (nach CDC-Kriterien) von sechs Monaten ohne eine medizinische oder psychiatrische Erklärung sei erfüllt. Von den körperlichen Kriterien seien folgende erfüllt: Verschlechterung der Merkfähigkeit und Konzentration, Muskelschmerzen, Kopfschmerzen nach neuem Muster, nicht erholsamer Schlaf, Krankheitsgefühl über mindestens 24 Stunden nach körperlicher Anstrengung. Damit seien fünf von insgesamt acht Kriterien erfüllt (Urk. 11/31 S. 6 lit. D.5). Dr. A. ___ nannte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ein Chronic Fatigue Syndrom (ICD-10 F48.0 Neurasthenie, dazugehöriger Begriff: Mähdigkeitssyndrom), eine teils agitierte Depression im Rahmen des Chronic Fatigue Syndroms und Inappetenz, differentialdiagnostisch bei einer Depression (Urk. 11/31 S. 5 lit. A1).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe seit dem 31. Mai 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Anamnestisch dauere die Arbeitsunfähigkeit schon etwa fünf bis sechs Jahre (Urk. 11/31 S. 5 lit. B). Eine psychotherapeutische Betreuung sei notwendig. Prognostisch sei mit einem langjährigen stationären Verlauf zu rechnen (Urk. 11/31 S. 7 lit. D.7).

Das von der Beschwerdegegnerin bei Dr. med. F. ___, Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegebene Gutachten datiert vom 24. November 2006 (Urk. 11/34 = Urk. 3/3). Das Gutachten beruht auf der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 31. Oktober 2006, den Angaben des Beschwerdeführers und den Dr. F. ___ überlassenen Akten (Urk. 11/34 S. 1).

Der Beschwerdeführer gebe an, dass er keine Strukturen und kein Zeitgefühl habe. Er mache den ganzen Tag nichts und gehe nie fort (Urk. 11/34 S. 3 Ziff. 3 oben). Ausser zu den Eltern seiner Freundin habe er keine Kontakte gepflegt (Urk. 11/34 S. 3 Ziff. 3 Mitte). Gerade jetzt gehe es ihm schlecht. Er könne nicht atmen. Er fühle sich schwindelig, schwach, müde und habe Muskelzittern. Die Mähdigkeit fühle sich schmerzhaft an. Er habe keine Energie und sei lichtempfindlich. Manchmal habe er extreme rechtsbetonte Schmerzen im Genick. Er habe Verspannungen bis in den Rücken. Manchmal sei der Schmerz so stark, dass er die Augen nicht öffnen könne (Urk. 11/34 S. 4 oben). Er habe eine gute Kindheit gehabt und sei ein glückliches Kind gewesen. Die Mutter habe als Kind Epilepsie gehabt (Urk. 11/34 S. 4 unten).

Die vom Beschwerdeführer geklagten, subjektiv sehr stark erlebten Beschwerden seien in der Untersuchung nicht zu beobachten. Von aussen lasse sich kein massgeblicher Leidensdruck feststellen. In der Sitzung seien auch keine Hinweise für die akut beklagten respiratorischen Probleme zu entdecken. Der Beschwerdeführer atme normal und könne ohne ersichtliche Anstrengung längere Zeit monologisieren (Urk. 11/34 S. 6 Ziff. 4 oben). Er klage über eine Vielzahl unspezifischer Beschwerden, durch die er sich schwer krank fühle. Es liege in der Natur der meisten der geklagten

Beschwerden, dass sie subjektiv wahrgenommen wÃ¼rden und kaum zu objektivieren seien. WÃ¤hrend der eineinhalbstÃ¼ndigen Exploration fehlten Anzeichen fÃ¼r MÃ¼digkeit, Leistungsabfall, kÃ¶rperliche EinschrÃ¤nkungen oder Schmerzen sowie fÃ¼r kognitive StÃ¶rungen. Der BeschwerdefÃ¼hrer schildere den Beginn der Beschwerden wie die Symptomatik einer Angsterkrankung mit Panikattacken (Urk. 11/34 S. 6 Ziff. 5). Eine depressive Symptomatik lasse sich nicht feststellen. Der BeschwerdefÃ¼hrer wirke vital und affektiv schwingungsfÃ¤hig. Ebenso fehlten Anzeichen einer spezifischen Angsterkrankung. Viele Beschwerden wÃ¼rden mit einem LÃ¤cheln und mit Leichtigkeit geschildert. Differentialdiagnostisch sei an eine gemischte KonversionsstÃ¶rung zu denken. Auch ein bewusstes Manipulieren, Aggravieren und Simulieren lasse sich nicht ausschliessen (Urk. 11/34 S. 7 oben). Ein weiterer Hinweis fÃ¼r Simulation oder Aggravation finde sich zu dem am 10. Februar 2003 in der Rheumaklinik und dem Institut fÃ¼r Physikalische Medizin, C.____, durchgefÃ¼hrten Test der muskulÃ¤ren Maximalkraft (vgl. Urk. 11/10/11-12). In dem Bericht vom 11. Februar 2003 finde sich in der Beurteilung des Tests die Aussage: **■**Allgemein starke AbschwÃ¤chung der Maximalkraft der getesteten Muskelgruppen. Dieses Ergebnis ist nicht vereinbar mit einer Fortbewegung gegen die Schwerkraft (ohne Hilfsmittel). **■** Die Exploration bestÃ¤tigt auffallende PersÃ¶nlichkeitszÃ¼ge, die der in der Psychiatrischen Poliklinik diagnostizierten narzisstischen PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung entsprechen kÃ¶nnten (Urk. 11/34 S. 7 Mitte). Anzumerken sei, dass der BeschwerdefÃ¼hrer bis ins Jahr 2000 Ã¼ber Jahre erwerbsfÃ¤hig gewesen sei. Eine PersÃ¶nlichkeitsstÃ¶rung beginne definitionsgemÃ¤ss in der Kindheit oder zumindest in der Adoleszenz. Demzufolge sei die ArbeitsfÃ¤higkeit beim BeschwerdefÃ¼hrer nicht eingeschrÃ¤nkt. Die in den Akten beschriebenen depressiven Symptome seien aktuell nicht nachzuweisen (Urk. 11/34 S. 7 Mitte). Es bestehe eine Kluft zwischen dem subjektiv hohen KrankheitsgefÃ¼hl und dem vitalen, leistungsfÃ¤higen Auftreten des BeschwerdefÃ¼hrers mit fehlendem Leidensdruck. Der Verdacht auf Simulation und Aggravation lasse sich nicht auflÃ¶sen und bleibe im Gesamteindruck als dominant bestehen (Urk. 11/34 S. 7 unten).

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus psychiatrischer Sicht fehle es an einem eigenstÃ¤ndigen psychischen Gesundheitsschaden. Eine Arbeitsleistung sei dem BeschwerdefÃ¼hrer zumutbar (Urk. 11/34 S. 8 Ziff. 5-6).

3.6Â Â Â Â Der BeschwerdefÃ¼hrer reichte dem Gericht am 11. Februar 2008 (Urk. 8) ein von ihm bei PD Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegebenes Gutachten vom 9. Februar 2008 (Urk. 9 = Urk. 12/2) ein. Das Gutachten beruht auf mehreren Untersuchungen des BeschwerdefÃ¼hrers seit dem 28. November 2007 (Urk. 9 S. 1).

Â Â Â Â Â Â Â Â PD Dr. B.____ fÃ¼hrte zur Anamnese aus, der BeschwerdefÃ¼hrer kenne seinen biologischen Vater nicht. Er habe bis zum 5. Lebensjahr bei seiner Mutter gelebt, bis diese ohne ihn in die Schweiz gereist sei. In der Schweiz habe er spÃ¤ter mit der Mutter und dem Stiefvater zusammengelebt (Urk. 9 S. 2 oben). Er habe viel Streit zwischen den Eltern erlebt. Die Eltern hÃ¤tten sich scheiden lassen, als er 18 Jahre alt gewesen sei (Urk. 9 S. 2 unten). Eine KV-Lehre habe er nach anderthalb Jahren abgebrochen und sich dann selbstÃ¤ndig gemacht. Die berufliche TÃ¤tigkeit habe sich mit Schwankungen schlecht entwickelt (Urk. 9 S. 2 unten).

Â Â Â Â Â Â Â Â Wegen dauernder MÃ¼digkeit und ErschÃ¶pfung habe er im Jahr 2000 nicht mehr arbeiten kÃ¶nnen. Die Stelle bei der Y.____ sei ihm auf Ende September 2000

gekündigt worden. Im April 2001 sei eine weitere Verschlechterung seines Zustandes eingetreten. Er habe sich extrem erschöpft gefühlt und sei fast nur noch im Bett gelegen (Urk. 9 S. 3 oben). An guten Tagen sei er vom Bett aus für einige Stunden ins Internet. Er setze sich vor allem mit seiner Erschöpfung und Themen über das Chronic Fatigue Syndrome auseinander (Urk. 9 S. 4 oben). Er gehe normalerweise gegen ein Uhr am Morgen oder noch später schlafen (Urk. 9 S. 4 Mitte). Am Morgen stehe er in aller Regel erst gegen zehn oder elf Uhr auf, weil er es zuvor kräftemässig nicht schaffe (Urk. 9 S. 3 unten). Die Freundin des Beschwerdeführers bestätigte nach telefonischer Rücksprache den vom Beschwerdeführer geschilderten Sachverhalt vollumfänglich (Urk. 9 S. 5 oben). Nach der Trennung von der Freundin sei der Beschwerdeführer zu seiner Mutter gezogen (Urk. 9 S. 5 Mitte).

Es seien keine besonderen psychopathologischen Symptome vorhanden. Eine depressive Symptomatik bestehe nicht. Der Beschwerdeführer sei insofern etwas auffällig, als er sehr stark auf seine Krankheit konzentriert sei. Im Gespräch wirke er nicht müde oder erschöpft, was das Bestehen der Symptome im täglichen Leben aber nicht im Geringsten ausschliesse. Hinweise für Aggravation oder Simulation beständen nicht. Zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und zu den Aussagen seiner ehemaligen Freundin beständen keine Inkonsistenzen (Urk. 9 S. 5 f.).

Beim Beschwerdeführer sei zirka im Jahr 2000 zunehmend ein Zustand schwerer Erschöpfung aufgetreten. Bis heute seien folgende Symptome vorhanden: dauernde Müdigkeit und Erschöpfung, massive Verstärkung der Symptome nach nur geringsten geistigen oder körperlichen Anstrengungen, verlängerte Erholungsphase bei Unfähigkeit zu völliger Erholung. Seit mindestens 2001 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9 S. 6 unten). Die Symptomatik entspreche in psychiatrisch diagnostischer Hinsicht einer sehr schweren Neurasthenie (ICD-10 F48.0). Die Symptomatik werde von einer Drittperson, die mit dem Beschwerdeführer drei Jahre lang zusammengelebt habe, vollumfänglich bestätigt. Der Beschwerdeführer habe eine schwierige Kindheit gehabt, was seine Persönlichkeit mit Sicherheit geprägt habe. Eine Persönlichkeitsstörung lasse sich nicht eindeutig diagnostizieren. Die Schilderung des Beschwerdeführers sei authentisch, in sich konsistent und stimme mit den bestehenden medizinischen Kenntnissen über die Krankheit Neurasthenie überein (Urk. 9 S. 7 oben). Im Gutachten von Dr. F.____ werde die Diagnose einer Neurasthenie nicht gestellt. Dies sei insofern zu erklären, als aufgrund einer einzelnen Untersuchung, gerade bei diesem Patienten, nicht ausreichend das richtige Bild hervorkomme. Dr. F.____ bleibe in Bezug auf die Diagnose unentschieden und habe keinen eindeutigen Gesundheitsschaden festgestellt, was bei eingehender Untersuchung möglich gewesen wäre. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Beschwerden auf unbestimmte Zeit voll arbeitsunfähig. Er sei jedoch motiviert, langsam wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Längerfristig sei eine Teilzeittätigkeit bis zu einem Pensum von 50 % möglich (Urk. 9 S. 7 unten).

E. 4

4.1 Der Beschwerdeführer leidet seinen Angaben zufolge seit Jahren an einer schweren Müdigkeit und Erschöpfung bei einer Unfähigkeit zu völliger Erholung, weshalb er seit September 2000 nicht mehr gearbeitet hat. Geringste geistige oder körperliche Anstrengungen hätten eine Verstärkung der Symptome zur Folge (Urk. 9

S. 6 unten). In somatischer Hinsicht ergab eine 2003 erfolgte rheumatologische Abklärung im C.____ keinen die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkenden objektivierbaren Befund (Urk. 11/10/6 unten). Dr. D.____ äusserte sich in dem Bericht vom 14. Februar 2003 zudem nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht stellten die Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik die Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und einer chronifizierten mittelschweren Depression mit somatischem Syndrom (Urk. 11/12 S. 1 lit. A). Dr. A.____ diagnostizierte ein Chronic Fatigue Syndrom (CFS) im Sinne einer Neurasthenie nach ICD-10 F48.0, eine teils agitierte Depression im Rahmen des CFS und Inappetenz (Urk. 11/31 S. 5 lit. A). PD Dr. B.____ bestätigte die Diagnose einer Neurasthenie (Urk. 9 S. 7 oben).

4.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss der Rechtsprechung sind die Neurasthenie und das Chronic Fatigue Syndrom (chronisches Müdigkeitssyndrom) eindeutig zu den somatoformen Störungen zu rechnen und gehören in den gleichen Syndromenkomplex wie die Konversionsstörungen, Somatisierungsstörung, Schmerzstörung, Hypochondrie u.a.m. Daher sind die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (BGE 130 V 352) auf die Neurasthenie analog zur Anwendung zu bringen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M. vom 14. April 2008, I 70/07, Erw. 5, Urteil des Sozialversicherungsgerichts in Sachen A. vom 6. Januar 2009, IV.2007.00961, Erw. 5.2). In Anwendung dieser Kriterien die Frage zu beantworten, ob der Regelfall oder der Ausnahmefall gegeben ist, obliegt grundsätzlich der Rechtsanwendung. Dies schliesst allerdings nicht aus, sondern setzt geradezu voraus, dass aus medizinischer Sicht die zur Beurteilung einzelner Kriterien dienlichen anamnestischen und befundmässigen Angaben gemacht werden.

4.3 Ä Ä Ä Ä Dr. F.____ und PD Dr. B.____ verneinten explizit eine depressive Symptomatik (Urk. 11/34 S. 7 oben, Urk. 9 S. 5 unten). Dies lässt darauf schliessen, dass die 2003 von den Ärzten der Psychiatrischen Poliklinik festgestellte Depression aktuell nicht mehr besteht. Auch Dr. A.____ erwähnte am 3. April 2006 als Befund einzig eine depressive und ängstliche Symptomatik (Urk. 11/31 S. 6 Ziff. 5), wobei sich der Bericht von Dr. A.____ auf die zurückliegende Behandlung von Mai bis Juni 2005 bezog (Urk. 11/31 S. 6 lit. D.1). Damit fehlt es gestützt auf die aktuellen Untersuchungen durch Dr. F.____ und PD Dr. B.____ an einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Zu prüfen bleiben die weiteren von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien (vgl. Erw. 1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. F.____ an, er habe während der Beziehung mit seiner letzten Freundin einzig Kontakt mit deren Eltern gepflegt (Urk. 11/34 S. 3 unten). Nach der Trennung von seiner Freundin zog der Beschwerdeführer zu seiner Mutter (Urk. 9 S. 5 unten). Gestützt auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer noch im März 2003 eine neue Freundin kennenlernte (Urk. 9 S. 3), kann von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens nicht die Rede sein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter fehlt es an einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung, da allfällige körperlichen Beschwerden (wie Nacken- und Kopfschmerzen) im Gutachten von PD Dr. B.____ kaum erwähnt werden und diese im Vergleich zu der vom

Beschwerdeführer geklagten schweren und dauernden Müdigkeit und Erschöpfung offenbar in den Hintergrund getreten sind (Urk. 9 S. 6 unten). Der Beschwerdeführer erwählte anlässlich der Untersuchung in der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin des C.____, dass es im Sommer 2002 zu einer spontanen Besserung seiner Beschwerden gekommen sei (Urk. 11/10/5). Dies spricht gegen einen mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung. In Anbetracht des von Dr. F.____ beschriebenen geradezu vitalen leistungsfähigen Auftretens des Beschwerdeführers bei der Begutachtung (Urk. 11/34 S. 7 unten) ist trotz der hohen subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers, auf die unter invalidenversicherungsrechtlichen Gesichtspunkten nicht massgeblich abgestellt werden kann, nicht von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf mit primärem Krankheitsgewinn auszugehen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer trotz der von ihm beschriebenen massiven Beschwerden in der Zeit von Februar 2004 bis Mai 2005 offenbar auf jegliche ärztliche Behandlung verzichtete (Urk. 11/29) und er auf die Aufforderungen der Beschwerdegegnerin, ihr die Namen und Adressen der behandelnden Ärzte mitzuteilen, nicht reagierte (Urk. 11/16, Urk. 11/19 = Urk. 11/20, Urk. 11/21 = Urk. 11/22). Der Beschwerdeführer hat daher zwischenzeitlich nach eigenem Gutdanken auf die Behandlung und Abklärung seiner Beschwerden verzichtet. Vom Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung kann daher keine Rede sein. Auch hat der Beschwerdeführer bis anhin darauf verzichtet, das Angebot der Ärzte der Psychiatrischen Poliklinik für eine stationäre Behandlung, sollten sich ambulante Massnahmen als unzureichend erweisen (Urk. 11/12 S. 2 lit. D.7 b), wahrzunehmen.

Da keines der weiteren Kriterien eindeutig gegeben ist und es an einer psychischen Komorbidität fehlt, ist davon auszugehen, dass die Folgen der diagnostizierten Neurasthenie vom Beschwerdeführer bei zumutbarer Willensanstrengung zu überwinden sind.

4.4 Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 353 Erw. 3b/dd, ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine). Nach der Rechtsprechung besitzt ein Parteigutachten jedoch nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten (BGE 125 V 354 Erw. 3c).

Es fällt auf, dass PD Dr. B.____ einen relevanten psychopathologischen Befund im Gutachten explizit verneinte (Urk. 9 S. 5 unten). PD Dr. B.____ führte die von ihm attestierte volle Arbeitsunfähigkeit einzig auf die Darstellung des Beschwerdeführers und seiner früheren Freundin zurück, was nicht zu überzeugen vermag. Anders als PD Dr. B.____ verwies Dr. F.____ an mehreren Stellen des Gutachtens auf die fehlende Objektivierbarkeit der geschilderten Beschwerden. So war die vom Beschwerdeführer erwählte Atemnot während der Untersuchung nicht zu beobachten und bestanden gemäss Dr. F.____ auch keine erkennbaren Anzeichen für Müdigkeit, Leistungsabfall, körperliche Einschränkungen oder Schmerzen (Urk. 11/34 S. 6 Ziff. 4-5). Beim Fehlen eines psychopathologischen Befundes (keine depressive Symptomatik, fehlende Anzeichen einer spezifischen Angsterkrankung, Urk. 9/34 S. 7

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).

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