

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00682 vom 14. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00682

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00682 du 14 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00682 del 14 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1???? Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2???? Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.3???? Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu werten. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu werten und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen

Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 2

2.1???? Dr. med. J. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, speziell Magen-, Darm- und Leberkrankheiten, nahm beim Beschwerdeführer eine Gastroskopie vor. Er berichtete hierüber am 14. November 2007 Dr. B. ____, endoskopisch zeige sich ein 6cm langer Barrett-Ösophagus mit einer unruhigen Neo-Z-Linie. Im Gegensatz zu früher bestanden keinerlei Entzündungszeichen. Auch die zahlreichen Pflasterepithelinseln im distalen Ösophagus sprächen für eine effiziente Refluxbehandlung. Makroskopisch fehlten proliferative Veränderungen und histologisch Epitheldysplasien. Die Toupet-Fundoplication liege ausgezeichnet, die Kardia sei elastisch und die Manschette genügend lang. In Magen und Duodenum bestanden, wie früher, keine Entzündungszeichen. Die Magenschleimhautheterotopie im proximalen Ösophagus sei klinisch belanglos. Aufgrund dieser Befunde beruhten die Beschwerden auf der schweren hypochondrischen Depression mit wechselhafter psychosomatischer Manifestation. Besonders hinderlich sei die allgemeine Medikamentenaversion bzw. -intoleranz. Bei der (ostentativen) Gangunsicherheit mit Schwindel würde er dennoch ein neurologisches Konsilium, eventuell mit einem CT, veranlassen, um nicht einen zentralnervösen Prozess zu verpassen (Urk. 3/6).

2.2???? Dr. med. K. ____, Fachärztin FMH für Neurologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 12. Dezember 2007. Sie diagnostizierte mit Bericht vom 13. Dezember 2007 multiple unspezifische Beschwerden, höchstwahrscheinlich Folge einer neurovegetativen Dysbalance/intermittierenden Hyperventilation. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machte Dr. K. ____, keine Angaben (Urk. 3/3).

2.3???? Der Beschwerdeführer wurde am 22. Mai 2008 im Spital L. ____, notfallmässig behandelt. Dieses diagnostizierte hierzu mit Bericht vom gleichen Tag (1) einen unspezifischen lageabhängigen Schwindel bei Differentialdiagnose benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel, Neuronitis vestibularis. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machte auch das Spital L. ____, keine Angaben (Urk. 3/4).

2.4???? Am 31. Mai 2008 meldete sich der Beschwerdeführer auf der Notfallstation des Spitals M. ____. Dieses diagnostizierte eine nicht dislozierte Grundphalanx Schaftfraktur Digitus (Dig.) V Fuss rechts nach Sturz bei kurzzeitiger Synkope bei orthostatischer Dysregulation. Der Beschwerdeführer solle mit Xatral uno, welches er am Vorabend erstmals gegen seine Prostatabeschwerden eingenommen habe, pausieren. Sie machten dieses Medikament für die Synkope verantwortlich (Urk. 3/5).

2.5???? Dr. B. ____, berichtete der A. ____, am 30. Oktober 2008, der Beschwerdeführer leide aus körperlicher Sicht an leichtem, physiologisch ungeklärtem Schwindel vestibulärer Art. Geistig bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychischer Sicht sei der Beschwerdeführer hypochondrisch, es bestehe eine ständig geprägte Anpassungsstörung mit ausgeprägter Neigung zur Somatisierung. Eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz sei nicht realistisch. Die Ängste seien mit Vorgesetzten und Untergebenen verbunden. An einem anderen Arbeitsplatz könnte der Beschwerdeführer wahrscheinlich etwa 30 %

arbeiten, bei guten Bedingungen könne zügig gesteigert werden (Urk. 9/6/8-9). Mit Bericht vom 18. Januar 2009 (Urk. 9/11/15) an die Beschwerdeführerin hielt Dr. B. ___ fest, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2008 zu 100 % arbeitsunfähig sei, wobei ihm die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, jedoch nicht am bisherigen Arbeitsplatz. Betreffend Diagnosen verwies Dr. B. ___ auf die beigelegten Berichte, aus welchen (1) eine depressive Anpassungsstörung, Differentialdiagnose Burnout mit hypochondrischem und asthenischem Einschlag und (2) ein Status nach Antirefluxoperation 2000 bei Barrettösophagus hervorgeht (vgl. Bericht vom 11. November 2008, Urk. 9/11/11).

2.6???? Die Klinik C. ___ hielt mit Bericht vom 3. März 2009 fest, der Beschwerdeführer habe sich vom 5. Januar bis 7. Februar 2009 bei ihnen aufgehalten. Er leide an einer Anpassungsstörung Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22). Er sei noch bis am 28. Februar 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Ab 1. März 2009 bestehe voraussichtlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen nicht befürwortet werden könne (Urk. 9/17).

2.7???? Med. pract. D. ___ diagnostizierte mit Bericht vom 27. März 2009 einen Status nach mittelgradig depressiver Episode (ICD-10 F32.1). Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit mehr. Es gelte jedoch zu beachten, dass eine Rückkehr an die alte Arbeitsstätte bzw. in die Z. ___ die gleiche psychische Symptomatik wieder auslösen würde und daher nicht empfohlen werden könne (Urk. 9/19/6-9).

2.8???? Am 11. Mai 2009 stellte Dr. B. ___ ein ärztliches Zeugnis aus, in welchem er festhielt, dass der Beschwerdeführer schon früher über Störungen des Geschmackssinns geklagte habe. Dieses Problem habe sich seit einer dreiwöchigen antibiotischen Behandlung wegen Lungenentzündung im Dezember/Januar verschärft. Diese Einschränkung führe dazu, dass im Moment aus medizinischer Sicht die Tätigkeit als selbständiger Koch nicht realistisch sei. Über die Prognose könne nichts ausgesagt werden, eine Verbesserung sei über Monate möglich, aber nicht sicher (Urk. 9/23).

2.9???? Der Beschwerdeführer wurde am 28. August 2009 wiederum im Spital M. ___ notfallmäßig behandelt, nachdem er ein Brennen subxiphoidal verspürt hatte. Er beruhigte sich während des Aufenthaltes in der Notfallstation. Die Schmerzen epigastrisch verschwanden in halb sitzender Position. Beim aktiven Aufsitzen bzw. beim Vorneiberneigen verspürte er noch ein leichtes Ziehen subxiphoidal. Der Beschwerdeführer war vom 28. bis 29. August 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 22/2).

2.10?? Dr. B. ___ nannte mit undatiertem Bericht als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) seit anfangs 2008 mit multiplen hypochondrischen Krankheitsbefürchtungen. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er einen Status nach Fundoplicatio wegen chronischer Refluxerkrankung 2001 und einen Status nach Cholezystektomie 2004 an. Der Beschwerdeführer sei seit etwa Januar 2008 in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Eine leichte Tätigkeit sei ab sofort zu 50 % möglich, wobei eine Steigerung möglich sei. Alles, was mit Küche zu tun habe, löse eine massive Abwehr aus. Zudem habe der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben den Geschmackssinn verloren (Urk. 9/48).

2.11?? Dr. G. ___ und Dr. H. ___ diagnostizierten in ihrem ebenfalls undatierten Bericht (1) eine sonstige depressive Episode (ICD-10 F32.8), (2) eine nicht näher bezeichnete dissoziative Störung (DDNOS) (ICD-10 F44.9), (3) eine undifferenzierte

Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), (4) eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften, emotional instabilen narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61). Der Beschwerdeführer sei als Koch seit Juni 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Wie sich gezeigt habe, sei auch eine Tätigkeit in quasi beschütztem Rahmen nicht möglich (Urk. 9/50).

2.12?? Dr. I.____ nannte in ihrem Gutachten vom 30. November 2010 (Urk. 9/53 S. 31) als Diagnosen (1) eine erneute Anpassungsstörung mit Neurasthenie und Regressionstendenzen (ICD-10 F43.23) bei anhaltender bzw. wiederkehrender, psychosozialer Belastungssituation in der beruflichen Identifizierung sowie im familiären Umfeld (ICD-10 Z56.5/Z560; Z63.7; Z59) und (2) eine neurotisch-negativistische Persönlichkeitsstruktur mit akzentuierten, narzisstischen, histrionischen und passiv-aggressiven Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) mit (a) habitueller, chronischer, multipler psychosomatischer Störung (ICD-10 F45.0), (b) dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10 F44.6) und (c) Tinnitus (ICD-10 F45.8). Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Funktion als Bereichsleiter/Koch in einer grossen Zentralküche aufgrund seines aktuellen regressiven und neurasthenischen Zustandsbildes, im Sinne einer Anpassungsstörung, erheblich eingeschränkt, faktisch sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2010 auszugehen. Anamnestisch bestehe auch im Zeitraum 1. Juli 2008 bis 31. März 2009 (Remission der vorgehenden Anpassungsstörung) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die IV-Relevanz sei aufgrund des rein reaktiven Charakters der psychischen Störung und in Abwesenheit einer krankheitswerten Persönlichkeitsstörung, bei vorwiegend Störungen aus dem somatoformen Bereich, ohne schwere psychiatrische Komorbidität fraglich. Dem Beschwerdeführer sei grundsätzlich ab sofort (bzw. seit Februar 2009, Austritt aus der Klinik C.____) die Willensanstrengung zu einer angepassten Tätigkeit als nicht leitender Mitarbeiter in einer manuellen bzw. nicht intellektuell orientierten Tätigkeit, gegenwärtig vorzugsweise ohne Zeit- und Leistungsdruck zuzumuten, anfanglich zu einem 50%-Pensum, später nach spätestens 6 Monaten auf 100 % steigerungsfähig (Urk. 9/53).

2.13?? Dr. G.____ berichtete Rechtsanwältin Petra Oehmke am 6. Mai 2011, Dr. I.____ komme in ihrem Gutachten zu ähnlichen Schlüssen wie er gestützt auf den SKID II-Fragebogen, sie subsumiere ihre Befunde allerdings unter einer "Persönlichkeitsakzentuierung", da sie angeblich keine "tief verwurzelten, anhaltenden Verhaltensmuster" sehe, die sich in "starren Reaktionen auf unterschiedlich persönliche und soziale Lebenslagen" äusserten. Genau dies sehe man aber beim Beschwerdeführer sehr wohl, was wichtig sei und Krankheitswert habe. Daneben zähle Dr. I.____ Symptome der dissoziativen Störung unter der Diagnose einer Anpassungsstörung auf, was formal falsch sei. Derartige Störungen würden heute als gravierend betrachtet und nicht als "Riechfläschchen-Neurosen", wie sie wohl noch in Wien im vorletzten Jahrhundert beurteilt worden seien. Es gebe auch weitere Fehler, denen Sie sich in hoffentlich kundiger Art und Weise annehmen werde (Urk. 3/12).

E. 3

3.1???? Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 16. Mai 2011 davon aus, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aber eine 100%ige Arbeitstätigkeit zumutbar sei. Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. I.____ vom 30. November 2010 (Urk. 2).

3.2.2.2 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Das Gutachten von Dr. I. ___ vom 30. November 2010 erfüllt grundsätzlich sämtliche Anforderungen an ein beweistaugliches Gutachten. Bei der Würdigung des Gutachtens von Dr. I. ___ gilt es zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bildet, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art eingetreten ist (Urteil des hiesigen Gerichts IV.2006.00121 vom 30. November 2007 E. 4.4.3 mit Hinweis auf BGE 105 V 158 E. 1). Dr. I. ___ attestierte dem Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit zunächst eine 50%ige und spätestens nach 6 Monaten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Sie stützte sich dabei auf die in Erwägung 2.12 hiervor zitierten Diagnosen. Dabei ist die Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) ein vorübergehendes und damit nicht invalidisierendes psychisches Leiden (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2010 Urteil vom 9. August 2010 E. 5.2 mit Hinweisen). Bei den Z-Kodierungen gemäss ICD-10 handelt es sich um Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z99 sind deshalb für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben werden, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Die von Dr. I. ___ angeführten "Z-Diagnosen" haben deshalb ebenfalls keine invalidisierende Wirkung (Urteil 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). Betreffend die Diagnosen habituelle, chronische, multiple psychosomatische Störung, dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen und Tinnitus, welche Dr. I. ___ als somatoforme Störung qualifizierte, gilt es zu beachten, dass eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Störung (ICD-10 F45) als solche noch keine Invalidität begründet. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Störung (ICD-10 F45) oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Störung (ICD-10 F45)

entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfölle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet. Da der Beschwerdeföhrer weder an einer relevanten Komorbidität leidet noch Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die habituelle, chronische, multiple psychosomatische Störung, die dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen oder der Tinnitus ausnahmsweise nicht überwindbar sein sollen, haben auch diese Diagnosen keine invalidisierende Wirkung. Hierbei gilt es zu beachten, dass auch Dr. I.____ darauf hinwies, dass die IV-Relevanz der attestierten Arbeitsunfähigkeit aufgrund des rein reaktiven Charakters der psychischen Störung und in Abwesenheit einer krankheitswerten Persönlichkeitstörung, bei vorwiegend Störungen aus dem somatoformen Bereich, ohne schwere psychiatrische Komorbidität, fraglich sei (Urk. 9/53/33). Nach dem Gesagten bildet das Gutachten von Dr. I.____ zwar eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage, doch geht aus ihrem Gutachten aus rechtlicher Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden hervor.

3.3???? Dr. J.____ machte in seinem Bericht vom 14. November 2007 keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeföhrers (E. 2.1). Aus internistischer Sicht föhrte er auch keine Diagnose an, welche eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag. Die von ihm erwöhtete schwere hypochondrische Depression mit wechselhafter psychosomatischer Manifestation ist durch keinerlei Befunde belegt. Sein Bericht gibt daher keinen begründeten Hinweis auf eine relevante Arbeitsunfähigkeit.

3.4???? Dr. K.____ mit Bericht vom 12. Dezember 2007 (E. 2.2), das Spital L.____ mit Bericht vom 22. Mai 2008 (E. 2.3) und das Spital M.____ mit Bericht vom 31. Mai 2008 (E. 2.4) machten keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeföhrers. Diese Berichte enthalten zudem keine Angaben, welche auf eine andauernde Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Mit Bericht vom 30. August 2009 (E. 2.9) attestierte das Spital M.____ dem Beschwerdeföhrer zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, jedoch lediglich für zwei Tage. Es kann daher gestötzt auf die Berichte von Dr. K.____, des Spitals L.____ und des Spitals M.____ nicht auf eine relevante Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeföhrers geschlossen werden.

3.5???? Mit Bericht vom 30. Oktober 2008 an die A.____ attestierte Dr. B.____ dem Beschwerdeföhrer für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsfähigkeit (E. 2.5). Dr. B.____ nennt dabei als wesentliche Ursachen Schwindel und eine hypochondrisch, öngstlich geprögte Anpassungsstörung mit ausgeprägter Neigung zur Somatisierung. Wie ausgeföhrt (E. 3.2), begründet eine Anpassungsstörung grundsätzlich keine Invalidität. Betreffend Schwindel erklört Dr. B.____ nicht, wie er diesen verifiziert hat. Es ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb leichter Schwindel eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verursachen soll.

???????? Im Bericht vom 18. Januar 2009 attestiert Dr. B.____ dem Beschwerdeführer zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, er erklärt jedoch gleichzeitig, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, jedoch nicht am bisherigen Arbeitsplatz (E. 2.5). Hierbei gilt es zu beachten, dass, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein muss. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo ein Arzt dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Da sich die von Dr. B.____ im Bericht vom 18. Januar 2009 attestierte Arbeitsunfähigkeit lediglich auf den konkreten Arbeitsplatz bezog, muss davon ausgegangen werden, dass diese Arbeitsunfähigkeit lediglich durch arbeitsplatzspezifische Faktoren begründet und daher invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant ist.

???????? Im Bericht vom 11. Mai 2009 nennt Dr. B.____ keinerlei Befunde, weshalb aus diesem Bericht keine Arbeitsunfähigkeit nachvollzogen werden kann (E. 2.8). Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geklagten Störung des Geschmackssinns gilt es zu beachten, dass Dr. I.____ dies als dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung qualifizierte, die grundsätzlich nicht invalidisierend ist (vgl. E. 3.2).

???????? Mit einem undatierten Bericht nannte Dr. B.____ als einzige Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) seit anfangs 2008 mit multiplen hypochondrischen Krankheitsbefürchtungen (E. 2.10). Wie ausgeführt, begründet eine Anpassungsstörung aufgrund ihres vorübergehenden Charakters keine Invalidität (E. 3.2).

???????? Nach dem Gesagten kann aus den Berichten von Dr. B.____ nicht auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden.

3.6???? Die Klinik C.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 3. März 2009 bis 28. Februar 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und hernach eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei eine Rückkehr an die angestammte Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen nicht befürwortet werde (E. 2.6). Als Diagnose führte die Klinik C.____ eine Anpassungsstörung Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) an. Da weder eine Anpassungsstörung (vgl. E. 3.2) noch psychosoziale Umstände (E. 3.5) eine Invalidität begründen können, geht auch aus dem Bericht der Klinik C.____ vom 3. März 2009 keine relevante Arbeitsunfähigkeit hervor.

3.7???? Med. pract. D.____ attestierte dem Beschwerdef?hrer keine Arbeitsunf?higkeit (E. 2.7). Sie wies jedoch ebenfalls darauf hin, dass die angestammte T?tigkeit wieder eine psychische Symptomatik ausl?sen k?nne. Wie ausgef?hrt, begr?nden aber psychosoziale Faktoren keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunf?higkeit (E. 3.5), weshalb auch gest?tzt auf den Bericht von med. pract. D.____ keine andauernde Arbeitsunf?higkeit ausgewiesen ist.

3.8???? Dr. G.____ und Dr. H.____ attestierten dem Beschwerdef?hrer mit undatiertem Bericht eine 100%ige Arbeitsunf?higkeit (E. 2.11). Dr. I.____ erkl?rt hierzu, die Einsch?tzung von Dr. G.____ und Dr. H.____ sei nicht nachvollziehbar, so seien die ICD-Kriterien f?r eine Pers?nlichkeitsst?rung nicht erf?llt. Auch ben?tzten Dr. G.____ und Dr. H.____ mit der Diagnose ?sonstige depressive Episode F32.8? eine schwammige und nicht empfohlene Subkategorie von Episoden, die nicht die Beschreibungen der depressiven Episoden erf?llten, aber nach allgemeinem diagnostischem Eindruck depressiver Natur zu sein schienen. Hiermit sei nicht ?berzeugend eine arbeitsmedizinisch relevante psychiatrische Krankheit zu belegen. Die Frage der IV-Stelle nach der verbliebenen Restarbeitsf?higkeit werde von Dr. G.____ und Dr. H.____ mit dem Hinweis ?Wie sich gezeigt hat, ist eine T?tigkeit in einem auch quasi besch?tzten Rahmen nicht durchf?hrbar? beantwortet. Es erscheine unzul?ssig, aus einer nicht durchf?hrbaren T?tigkeit auf Arbeitsunf?higkeit zu schliessen und damit neurotische Abwehrgr?nde auszublenden (Urk. 9/53/35-36). Diese Ausf?hrungen von Dr. I.____ sind schl?ssig. Es besteht daher kein Anlass, gest?tzt auf diesen Bericht von Dr. G.____ und Dr. H.____ von einer relevanten Arbeitsunf?higkeit des Beschwerdef?hrers auszugehen.

???????? Am 6. Mai 2011 nahm Dr. G.____ zum Gutachten von Dr. I.____ vom 30. November 2010 Stellung (E. 2.13). Er f?hrt hierbei keine Befunde an, sondern erkl?rt ohne nachvollziehbare Begr?ndung, dass die Einsch?tzung von Dr. I.____ falsch sei. Aus der Stellungnahme von Dr. G.____ vom 6. Mai 2011 kann daher ebenfalls keine relevante Arbeitsunf?higkeit abgeleitet werden.

3.9???? Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdef?hrer aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht in der Arbeitsf?higkeit eingeschr?nkt ist. Die angefochtene Verf?gung vom 16. Mai 2011 ist deshalb aufzuheben, und es ist festzustellen, dass der Beschwerdef?hrer keinen Rentenanspruch hat. Dies f?hrt selbstredend zur Abweisung der Beschwerde.

4.???? Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabh?ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1?000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdef?hrer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.???? Die Beschwerde wird abgewiesen, und die angefochtene Verf?gung vom 16. Mai 2011 wird mit der Feststellung, dass der Beschwerdef?hrer keinen Rentenanspruch hat, aufgehoben.

2.???? Die Gerichtskosten von Fr. 1?000.-- werden dem Beschwerdef?hrer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.????????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanw?ltin Petra Oehmke
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, unter Beilage eines Doppels von Urk. 28
- Rechtsanw?ltin Dr. Isabelle Vetter-Schreiber unter Beilage eines Doppels von Urk. 28
- Bundesamt f?r Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.????????? Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in H?nden hat (Art. 42 BGG).

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