

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00889 vom 26. September 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-09-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00889](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00889)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00889 du 26 septembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00889 del 26 settembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Juni 2013 datierende Gutachten ( Urk. 10/ 124) kam der IV-Stelle am 2 5. Juni 2013 zu ( Urk. 10/ 125). Ferner wurde ihr der Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ vom 1 4. Mai 2013 über eine weitere stationäre Behandlung vom 1 5. Januar bis 2 9. März 2013 ( Urk. 10/ 121) zugestelt. Hierzu nahm RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , am 9. Juli 2013 ( Urk. 10/ 127) Stellung. Mit Verfügung vom 2 8. August 2013 sprach die IV-Stelle wie vorbeschieden dem Versicherten eine befristete ganze Invalidenrente für die Dauer vom 1. September 2009 bis 3 1. Januar 2010 zu ( Urk. 2). Zeitgleich reichte der Beschwerdeführer die Stellungnahme von Dr. L.\_\_\_\_ vom 2 7. August 2013 zum J.\_\_\_\_ - Gutachten ( Urk. 10/ 134) ein.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **E. 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.

### **E. 1.3**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Ver ordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Ände rung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Ver gleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Renten beginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert blei ben (BGE 125 V 413 f. E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den

Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprennung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen und Grundsätze zur Entstehung eines Rentenanspruchs ( Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG) sowie zur Ermittlung des Invaliditätsgrades bei erwerbstätigen Versicherten nach der all gemeinen Methode des Einkommensvergleichs ( Art. 16 ATSG) kann auf die zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2 Verfügungsteil 2) verwiesen werden. 2.

Den medizinischen Akten lässt sich folgender

Krankheitsverlauf (vgl. hierzu auch Auszug aus der Krankengeschichte des B.\_\_\_\_ vom 19. März 2010, Urk. 10/77/37-38) entnehmen:

#### **E. 2**

Mit Eingabe vom 1. Oktober 2013 ( Urk. 1, unter Beilage diverser Arztberichte, Urk. 3/3-5) erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. August 2013 und beantragte die unbefristete Ausrichtung einer ganzen Rente; eventuell sei ein psychiatrisches Obergutachten einzuholen. Ferner sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Kosten für das Privatgutachten von Dr. L.\_\_\_\_ zu vergüten.

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Dezember 2013 auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 8) und legte eine Stellungnahme des

in die Begutachtung des J.\_\_\_\_ involvierten Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. O.\_\_\_\_, Ärztlicher Leiter des J.\_\_\_\_, vom 18. November 2013 ( Urk. 9/3) sowie die Ausführungen von RAD-Arzt

Dr. M.\_\_\_\_

vom 21. November 2013 ( Urk. 9/2) ins Recht.

Im Rahmen des gerichtlich angeordneten zweiten Schriftenwechsels ( Urk. 11) ergänzte der Beschwerdeführer sein Rechtsbegehren um den Antrag, die Beschwerdegegnerin sei ausserdem zu verpflichten, die Kosten für die neu auf gelegte Stellungnahme von Dr. L.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2014 ( Urk. 14/1) zu vergüten ( Urk. 13). Ferner berichtete er mit Eingabe vom 19. Februar 2014 über eine weitere am 14. Februar 2014 aufgenommene stationäre Behandlung in der

B.\_\_\_\_ ( Urk. 18) und legte den Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_, FHM Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Februar 2014 über dessen Behandlung seit 14. Dezember 2012 ins Recht ( Urk. 19). Mit Duplik vom 17. März 2014 ( Urk. 22) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde fest und reichte die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. M.\_\_\_\_ vom 7. März 2014 ein ( Urk. 23). Diese Eingaben wurden dem Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme zugestellt ( Urk. 24). Am 15. April 2014 ( Urk. 25) reichte der Beschwerdeführer den vorläufigen Austrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom

7. April 2014 ( Urk. 26/2) nach, was der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 27). Am 10. Juli 2014 ( Urk. 28) legte der Beschwerdeführer den Bericht des Q.\_\_\_\_ vom 9. Juli 2014 ( Urk. 29) auf. Ferner liess der Beschwerdeführer dem Gericht zur Kenntnis bringen, dass er bei der IV-Stelle mit Eingabe vom 25. August 2014 ( Urk. 31/1)

wegen neu aufgetretenen starken Schmerzen im linken Arm bei einer mediolateralen Diskushernie C5/C6 mit Verdacht auf Nervenwurzelkompression

ein Revisionsgesuch eingereicht hat ( Urk. 31/1-4).

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer litt seit 2006 unter chronisch-lumbalen Rückenschmerzen, welche am 28. August 2008 infolge eines Verhebet r aumas

exazerbierten und weswegen er vom Hausarzt Dr. Z.\_\_\_\_ anlässlich der ersten ärztlichen Konsultation am 2. September 2008 ab 1. September 2008 arbeitsunfähig geschrieben wurde ( Urk. 10/11, Urk. 10/12/3, Urk. 10/13). Auch nach einer stationären Behandlung im Spital A.\_\_\_\_ ( 3. bis 14. November 2008, Urk. 10/22/6-7) konnte keine wesentliche Beschwerdereduktion erzielt werden, so dass sich der Beschwerdeführer in der R.\_\_\_\_ im April 2009 einer Sequesterektomie L4/5 links unterzog, wo die Behandlung am 12. Juni 2009 abgeschlossen wurde mit einer noch bis zum 31. Juli 2009 attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 10/37/5-6). Zwischenzeitlich hatte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis auch aus wirtschaftlichen Gründen per Ende Juli 2009 gekündigt ( Urk. 10/24).

### **E. 2.2**

Bei weiterhin fortbestehender Schmerzsymptomatik entwickelte sich ein zunehmend depressives Zustandsbild, und der Beschwerdeführer meldete sich im Mai 2009 für eine ambulante psychiatrische Behandlung im Ambulatorium A.\_\_\_\_ der psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ ( Urk. 10/37/1, Urk. 10/37/5 ). Dort wurde die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt ( Urk. 10/77/38). Es folgte vom 24. August bis 16. September 2009 ein erster, und vom 9. Oktober bis 10. Dezember 2009 ein zweiter

stationärer Aufenthalt im B.\_\_\_\_

mit den Diagnosen mittelgradige depressive Episode (F32.1) und Rückenbeschwerden ( Urk. 10/77/37-38). Im Anschluss an den zweiten Aufenthalt wurde der Beschwerdeführer zur weiteren psychischen Rehabilitation in das C.\_\_\_\_ eingewiesen. Die dort behandelnden Ärzte hielten im Austrittsbericht vom 12. Januar 2010 ( Urk. 10/77/34-36) fest, dass sich der Beschwerdeführer zurzeit in einer Trennungssituation befindet und bei den Eltern wohne. Während des Aufenthaltes habe er sich niedergeschlagen und weinerlich, bisweilen fordernd gezeigt, im Einzelfall die Therapieteilnahme verweigert und sich gegenüber dem Behandlungsteam kaum geöffnet. Anlässlich eines Standortgesprächs habe er den Behandelnden einen Brief überreicht, worin er angedeutet habe, seinem Leben ein Ende setzen zu wollen. Da er sich im Verlaufe des Gesprächs von seinen Suizidideen und –absichten nicht habe distanzieren können, sei der freiwillig bei ihnen eingetretene Beschwerdeführer mittels ärztlichem FFE (Fürsorglicher Freiheitsentzug) ins B.\_\_\_\_ zurückverlegt worden. Der Austrittsbericht vermerkt die Diagnosen depressive Episode, derzeit schwer, (ICD-10 F32.2) sowie als somatische Diagnose: Somatoforme Schmerzsymptomatik. Die unmittelbar anschliessende dritte Hospitalisation im B.\_\_\_\_ dauerte bis 5. Februar 2010 bei den Diagnosen mittelgradige depressive Episode (F32.1) und Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (F45.4). Die behandelnden Ärzte hielten fest, dass die depressive Symptomatik insgesamt die hartnäckige Tendenz zur Chronifizierung zeige, wobei die bereits chronifizierte Schmerzproblematik, die psychosozial schwierige Ausgangslage und der Rollenverlust aufrecht erhaltende Faktoren

für die Depression darstellen würden ( Urk. 10/77/37-38). Nach Austritt im Februar 2010 stand der Beschwerdeführer erneut in ambulant er psychiatrischer Behandlung im Ambulatorium A.\_\_\_\_ (gemäss Auszug aus der Krankengeschichte vom 19. März 2010, Urk. 10/77/38) . Die Behandlung umfasste eine wöchentliche Konsultation von 60 bis 75 Minuten ( Urk. 10/77/22).

Gegenüber der Beschwerdegegnerin führten die behandelnden Ärzte des B.\_\_\_\_ im Bericht vom 24. Februar 2010 ( Urk. 10/40) nebst dem schon A ngeführten aus, während der Zeit der stationären Aufenthalte im B.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer jeweils zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie aus psychiatrischer Sicht die erstmals im Rahmen der ersten Hospitalisation (24. August bis 16. September 2009) gestellten Diagnosen (Depressive Episode mittelgradig, F32.1, und somatoforme Schmerzstörung, F45.4). Nach Rückführung von der Klinik C.\_\_\_\_ sei im Vergleich zum Voraufenthalt (9. Oktober bis 10. Dezember 2009) eine leichte Besserung des depressiven Zustandsbildes, jedoch Tendenz zu einer chronifizierten depressiven Symptomatik festzustellen gewesen.

### **E. 2.3**

Auf Zuweisung des Ambulatoriums A.\_\_\_\_ trat der Beschwerdeführer am 7. Juni 2010 in teilstationäre Behandlung (Akut-Tagesklinik) der D.\_\_\_\_ bei psychosozialer Belastungssituation (Konflikte mit Ehefrau, ungeklärte Rentensituation) und anhaltender Schmerzsymptomatik ein. Im Bericht vom 13. September 2010 zu Händen der Beschwerdegegnerin ( Urk. 10/49) wurde die Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) , bestehend seit zirka 2 Jahren, genannt und ausgeführt, während des bis 9. Juli 2010 dauernden Behandlungszeitraumes in der Akut-Tagesklinik sei es zu einer leichtgradigen Besserung der Schmerzen und der Anspannung gekommen. Während dieser Behandlung habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Beschwerdeführer zeige eine reduzierte Anpassungs- und Leistungsfähigkeit wahrscheinlich aufgrund der depressiven Symptomatik verbunden mit der Schmerzsymptomatik. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgeschlossen. Sie empfahlen eine schrittweise Reintegration , beginnend bei 20 % .

In den Berichten vom 27. Oktober 2011 ( Urk. 10/68 ) und 19. Juli 2012 ( Urk. 10/100 , zu Händen des nachbehandelnden Psychiaters Dr . G.\_\_\_\_ )

zeigen die behandelnden Ärzte

der D.\_\_\_\_

den anschliessenden therapeutischen Verlauf bei den Diagnosen depressive Episode, aktuell mittelgradig (F32.1) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (R45.41) auf. Der seit dem 1. Oktober 2010 in der Tagesklinik ambulant betreute Beschwerdeführer sei erstmalig im November 2010 in das teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitationsprogramm der D.\_\_\_\_

eingetreten.

Die Behandlung habe

für jeweils 4 Stunden an Wochentagen stattgefunden ( Urk. 10/77/22). Im Rahmen der mehrfach pro Woche stattfindenden Gruppentherapien mit regelmässigen begleitenden Einzelgesprächen habe das depressive Zustandsbild teilweise stabilisiert und eine Revision

der umfangreichen Schmerzmedikation begonnen werden können . Während des therapeutischen Verlaufs habe der Beschwerdeführer ausserdem von einer neurologischen Rehabilitationsbehandlung mit Fokus auf Schmerztherapie in der F.\_\_\_\_ (20.3.-9.4.2011) profitiert, wo auch das depressive Zustandsbild weiter habe verbessert werden können und der Beschwerdeführer zudem zu einer leichten Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Stande gewesen sei. Ab Mai 2011 sei es jedoch zu zunehmenden Konflikten mit der Ehefrau und dem sozialen Umfeld gekommen, weswegen sich das depressive Zustandsbild erneut destabilisiert habe und eine stationäre psychiatrische Behandlung im Kriseninterventionszentrum vom 15. bis 19. Juni 2011 notwendig geworden sei (Diagnose: mittel gradige depressive Episode [F32.1] und sonstiger chronischer Schmerz [R52.2]; vgl. Urk. 10/124/32-33) . Nach der fünftägigen stationären Behandlung sei in die teilstationäre Rehabilitationsbehandlung mit Fokus auf Krisenmanagement und das depressive Zustandsbild wieder aufgenommen, die Ziele jedoch nur teilweise erreicht worden, weshalb der Beschwerdeführer zusätzlich eine ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bei Dr. G.\_\_\_\_ begonnen habe (September 2011) . Trotz Verlängerung der teilstationären Rehabilitationsbehandlung mit erneuter Einbindung in die Gruppentherapien, begleitenden Gesprächen sowie einer ambulanten psychiatrischen Behandlung bei Dr. G.\_\_\_\_ habe das psychiatrische Zustandsbild nur teilweise stabilisiert werden können. Der Beschwerdeführer habe zunehmend unter der angespannten familiären und zuletzt auch finanziellen Situation gelitten . Versuche einer erneuten Medikamentenrevision hätten nicht umgesetzt werden können. Zur Arbeitsfähigkeit ist dem Bericht vom 27. Oktober 2011 zu entnehmen ( Urk. 10/68/5), dass eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem Belastungsprofil von anfänglich 40-50 % , bei günstigem Verlauf zu 50-60 % möglich sei.

Dr. G.\_\_\_\_ seinerseits berichtete der Beschwerdegegnerin am 15. November 2011 ( Urk. 10/69) , er behandle den Beschwerdeführer zirka alle 2 bis 3 Wochen eher in begleitendem Sinne. Dieser klagte einfach über seine Schmerzen und seine Depressionen und machte geltend, dass er rein gar nichts mehr arbeiten könne. Er habe von ihm keinen eigentlichen Auftrag, dass er ihm helfen solle, wieder arbeitsfähig zu werden. Eine Veränderung müsste mindestens stationär oder halbstationär passieren. Auch die Arbeitsfähigkeit könne nur stationär schlüssig beurteilt werden. Der Beschwerdeführer sei mit einer stationären Therapie, die vor allem auf die Schmerzsymptomatik fokussiere , einverstanden, weshalb er ihn entsprechend anmelde.

#### **E. 2.4**

Vom 17. Januar bis 16. Februar 2012 besuchte der Beschwerdeführer erneut die Tagesklinik der D.\_\_\_\_ ( Urk. 10/124/34-35). Auf Zuweisung von Dr. G.\_\_\_\_ bei Zunahme der depressiven Symptomatik und wegen Selbstgefährdung trat der Beschwerdeführer am 15. Mai 2012 freiwillig in die Akutstation der D.\_\_\_\_ ein , wo er bis 18. Juni 2012 hospitalisiert war. Die dort behandelnden Ärzte führten im Au strittsbericht vom 19. Juli 2012 ( Urk. 10/100) über den dortigen Verlauf aus, der Beschwerdeführer habe sich im stationären Rahmen zunehmend stabilisieren und von Suizidge danken distanzieren können. Nach Umstellung der Schmerzmedikation habe der Beschwerdeführer eine leichte Verbesserung seiner Schmerzsymptome angegeben. Zudem habe das Einschlafverhalten verbessert werden können. Aufgrund der angegebenen Schmerzsymptome habe sich der Beschwerdeführer wiederholt selbst eingeschränkt und geschont. Nach einem Termin auf der Bank mit negativer Nachricht habe der Beschwerdeführer dysphorisch und gereizt

reagiert und habe vorübergehend intensiv betreut werden müssen. Diese Krise hätte einen teilweise agierenden Charakter gehabt. Am folgenden Tag habe die Krise teilweise besprochen werden und der Beschwerdeführer sich wieder von Suizidalität distanzieren können. Der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden depressiven Symptomatik nach unfallbedingtem Arbeitsplatzverlust und resultierender chronischer Schmerzstörung. Es sei eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung zur Aufarbeitung des Unfalls und der dadurch eingetretenen Lebensumstände und zum (veränderten) Umgang mit den Schmerzen sinnvoll. Daneben sollte eine Tagesstruktur aufrecht erhalten werden. Dieser Bericht vom 19. Juli 2012 zu Händen von Dr. G.\_\_\_\_ wurde

gemäss Verteiler auch dem J.\_\_\_\_ zugestellt, wo der Beschwerdeführer während der Dauer des stationären Aufenthaltes gutachterlich untersucht

worden war (vgl. Urk. 10/100/5), fand jedoch keinen Eingang in das Gutachten.

### **E. 2.5**

Nach seiner Entlassung aus der D.\_\_\_\_ am 18. Juni 2012 besuchte der Beschwerdeführer wenige Male die Tagesklinik B.\_\_\_\_, wo er jedoch das Therapieprogramm aufgrund starker Rückenschmerzen nicht ausgehalten habe. Seither habe der Beschwerdeführer keine Tagesstruktur gehabt. Zwischenzeitlich wurde das Gutachten des J.\_\_\_\_ vom 28. August 2012 erstattet (vgl. E.

### **E. 2.6**

Anschliessend begab sich der Beschwerdeführer wiederum in ambulante psychiatrische Behandlung zu Dr. P.\_\_\_\_. Dieser berichtete am 17. Februar 2014 zu Händen der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, dass dieser seit 14. Dezember 2012 in seiner Behandlung stehe und Konsultationen ein bis zwei Mal pro Monat stattfinden würden. Der Beschwerdeführer habe die ganze Zeit während seiner Behandlung dauernd unter Depressionen und Schmerzen gelitten, wobei die Stärke der Depression geschwankt habe, und sei zu 100% arbeitsunfähig gewesen (Urk. 19). Am 5. Juni 2013

trat der Beschwerdeführer zur vierten stationären Behandlung in das B.\_\_\_\_ ein, welche bis zum 4. Juli 2013 dauerte (Austrittsbericht vom 13. August 2013, Urk. 3/4). Der freiwillige Eintritt erfolgte zur Krisenintervention: Der Beschwerdeführer habe vor zwei Tagen nach einem Streit mit seiner Ehefrau zu Hause ausziehen müssen und seither draussen übernachtet. Nach erfolgter Krisenintervention und zahlreichen supportiven Gesprächen habe sich der Zustand des Beschwerdeführers deutlich gebessert. Auch der hausinterne Sozialdienst versuchte die finanzielle und Wohnsituation zu klären. Nach Austritt am 4. Juli 2013 fand die ambulante Nachbehandlung erneut durch Dr. P.\_\_\_\_ statt. Dem Austrittsbericht ist die Diagnose mittelgradige depressive Episode (F32.1) zu entnehmen. Auf Zuweisung durch Dr. P.\_\_\_\_ trat der Beschwerdeführer am 14. Februar 2014 erneut in das B.\_\_\_\_ ein, wo eine gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome der rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom (F33.21) festgehalten wurde (Austrittsbericht vom 8. April 2014, Urk. 31/2). Seit zirka einem Monat gehe es ihm wieder schlechter. Aktuell habe er praktisch keine Tagesstruktur, gehe ab und zu spazieren oder Kaffee trinken, ansonsten sei er zu Hause. Während des Aufenthaltes wurden die bei Eintritt festgestellten Unstimmigkeiten bei der Medikamenteneinnahme revidiert und fanden wegen Schmerzen am linken Ellbogen nach einem Sturz im November 2013 neurologische Untersuchungen

statt. Ferner erfolgten eine intensiviertere Physiotherapie zur Rückenschulung, worunter eine deutliche Regression der Funktionseinschränkungen am linken Arm eintrat, stützende, ärztliche und bezugspflegerische Gespräche sowie paramedizinische Therapien (Lichttherapie, Bewegungstherapie, Ergo- und Kunsttherapie). Der Beschwerdeführer konnte am 7. April 2014 in deutlich gebessertem und stabilem psychischen Zustand nach Hause entlassen werden (Urk. 31/2). Für die Zeit dieses stationären Aufenthaltes attestierten die behandelnden Ärzte eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 26/1, Urk. 31/2). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Das J.\_\_\_\_ - Gutachten vom 28. August 2012 beruht auf allgemeininternistischen (Dr. med. S.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin), psychiatrischen (Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und orthopädischen (Dr. med. T.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie) Untersuchungen vom 23. Mai 2012, den vorbestehenden IV-Akten sowie den Schlussfolgerungen des interdisziplinären Konsensus (Urk. 10/101/1-26). Die Gutachter kamen hier bei zu den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) bei Status nach Sequesterektomie LWK4/5 links am 27. April 2009, radiologisch Diskushernien LWK3/4/5/SWK1 ohne Neurokompression und ohne Hinweis für Radikulopathie bei der klinischen und neurophysiologischen Untersuchung vom 29. November 2011 sowie (2) leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0/F33.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ca. 30 pack year) (ICD-10 F17.1).

#### **E. 3.2**

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, dass in der orthopädischen Untersuchung keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik bestanden hätten, jedoch deutliche Zeichen nicht-organischer Beschwerdeführer nach festgestellt worden seien (5 von 5 Waddell-Zeichen positiv). Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine körperlich schwere Tätigkeit, wie er sie vormals offenbar ausgeübt habe, vollständig arbeitsunfähig. In einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe weder eine zeitliche noch eine leistungsmässige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine leichte depressive Symptomatik festgestellt worden. Weiter bestehe eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung, welche die somatisch nicht ausreichend objektivierbaren Beschwerden erkläre. Aufgrund der depressiven Symptomatik sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht etwas vermindert leistungsfähig. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei dadurch um 20 % eingeschränkt. In den allgemein-internistischen Untersuchungen hätten keine weiteren pathologischen Befunde erhoben werden können, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden. Zusammen gefasst sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, verwertbar in einem ganztägigen Pensum, zu 80 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihm nicht mehr zumutbar.

### E. 3.3

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit führten die Gutachter aus, dass die Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten andauernd seit der Operation vom 27. April 2009 bestehe, wahrscheinlich bereits ab August 2008 ( Verhebe trauma ). Für eine körperlich angepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeit habe nach der Operation vom 27. April 2009 für längstens 6 Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden.

Anschliessend könne für die angepasste Tätigkeit noch die psychiatrisch bedingte 20%ige Leistungseinschränkung bestätigt werden. Während der Hospitalisationen habe naturgemäss eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die depressive Symptomatik habe jeweils gebessert, sodass über die Zeit gemittelt von der von ihnen festgestellten 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne. Zur subjektiven Selbsteinschätzung führten die Gutachter an, dass diese aus somatischer Sicht nicht bestätigt werden könne. Durch die objektiven Befunde am Bewegungsapparat sollte eine körperlich angepasste Tätigkeit zu keiner wesentlichen

Schmerzexazerbation gegenüber Alltagsaktivitäten führen. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung bewirke zwar eine subjektive Schmerzverstärkung, habe aber auf die Arbeitsfähigkeit keinen Einfluss. Da keine schwere depressive Symptomatik vorliege, könne es dem Beschwerdeführer zugemutet werden, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um trotz der Beschwerden mit leichter Leistungseinschränkung wieder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

### E. 3.4

In Auseinandersetzung mit früheren ärztlichen Einschätzungen führten die Gutachter aus, dass von Seiten des Bewegungsapparates ihre Einschätzungen übereinstimmen würden mit derjenigen von Dr. E. \_\_\_ vom 17. Dezember 2010 und den Berichten von Prof. U. \_\_\_, Orthopädische Chirurgie, von November 2011. Die vom Kreisarzt der SUVA im Februar 2010 festgehaltene Beschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich angepasste Tätigkeit auf 6 Stunden täglich könne mit den objektiven Befunden am Bewegungsapparat nicht erklärt werden. Aus psychiatrischer Sicht seien depressive Episoden seit Herbst 2009 dokumentiert. Nach der Hospitalisation im B. \_\_\_

sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50-60 % für möglich gehalten worden. Die damals festgestellte mittelgradige depressive Episode rechtfertige ebenfalls keine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Auch aus den anderen Berichten könne nicht auf eine andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit infolge depressiver Symptomatik geschlossen werden. Im Übrigen verwiesen sie auf die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters Dr. N. \_\_\_. Dieser hielt im Wesentlichen fest, dass der Beschwerdeführer immer wieder in eine ambulante Behandlung habe entlassen werden können, also während der stationären Behandlungen eine Besserung habe erreicht werden können. Ausserdem könne bei einer mittelgradigen depressiven Episode eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wie dies im B. \_\_\_ und in der D. \_\_\_ attestiert worden sei, nicht nachvollzogen werden. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode seien Tätigkeiten, wenn auch mit Anstrengung, in einem gewissen Ausmass möglich. Auch dem Beschwerdeführer seien noch Tätigkeiten und Aktivitäten möglich, wenn auch mit Anstrengung (Einkaufen, Kontakte zum Nachbar und innerhalb der Familie). Er falle aus dem sozialen Rahmen nicht hinaus und ein sozialer Rückzug sei nicht deutlich schwer ausgeprägt. Zwar bestehe ein chronischer Verlauf, aber keine schwere chronische somatische Erkrankung. Hinweise auf einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf bestünden nicht. Es liege

auch keine schwere psychische Störung vor. Die therapeutischen Möglichkeiten seien prinzipiell nicht ausgeschöpft. Im Rahmen der aufgrund der heutigen Untersuchung diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung seien Verschlechterungen mit Klinikbehandlungen möglich und rückwirkend beurteilt auch nachvollziehbar. Während der Zeit der Klinikbehandlungen könne deshalb rückwirkend von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, wie sie auch aufgrund der damals jeweils erhobenen Befunde und Diagnosen einzuschätzen sei. Gemittelt über den Verlauf bestehe aber eine leichtgradig eingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Zur Zeit sei der Beschwerdeführer in der D. \_\_\_ hospitalisiert. Gegenwärtig bestehe bereits wieder eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, unter genauer Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien der ICD-10. Der Beschwerdeführer gebe auch an, aktiv am Leben der Abteilung teilzunehmen. Es sei also unter der Behandlung und dem natürlichen Verlauf zu einer Besserung gekommen, wie auch während der früheren Hospitalisationen. Bei einer schweren ausgeprägten depressiven Störung wären Hospitalisationen häufiger erfolgt, da es dann entsprechend einer schwereren depressiven Episode zu einer deutlichen Antriebshemmung mit Blockiertheit und emotionalem Rückzug, deutlichen Konzentrationsstörungen oder zu Phasen von deutlicher Erregtheit und auch akuter Suizidalität gekommen wäre. Rückwirkend könne während der Zeiten der Hospitalisationen von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Diese könne medizinisch-theoretisch als 50 % bzw. 100 % angegeben werden, jeweils punktuell zum Zeitpunkt der Hospitalisationen, entsprechend den damals vorgelegenen Befunden, die eine mittelgradige oder schwere depressive Episode begründeten. In der F. \_\_\_ sei 2011 ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden, die sogar als reaktiv bezeichnet worden sei. Hierbei handle es sich um eine Anpassungsstörung, was einer leichten psychischen Störung entspreche, die keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Dr. G. \_\_\_ habe auf die innere Haltung des Exploranden hingewiesen. Motivationale Faktoren und Verhaltensfaktoren seien aber als solche krankheitsfremd und widerspiegeln die deutlich ausgeprägte Krankheitsüberzeugung, was auch bei ihrer Untersuchung feststellbar gewesen sei. 4. 4.1

Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die IV-Stelle eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227 mit Hinweis). Nach altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se, sondern es ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles zu entscheiden, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6 S. 266). Auch Berichte von behandelnden Spezialärzten sind Äusserungen von Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhaltes beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solcher Bericht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Invalidenversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Er verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein eingeholtes Gutachten - das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu

erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354). 4.2

In somatischer Hinsicht steht aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten fest, dass der Beschwerdeführer für eine schwere körperliche Tätigkeit, wozu auch die vor September 2008 ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter bei der Montage von Textilmaschinen zu zählen ist, nicht mehr arbeitsfähig ist. Einhellig erachteten die orthopädischen Gutachter jedoch eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit für zumutbar. Es liegen in keinem der vorliegenden orthopädischen Gutachten oder Berichte behandelnder Ärzte Befunde vor, welche eine vollschichtige Leistungsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten aufgrund der Rückenprobleme ausschliessen würde. Bereits im Abschlussbericht der R. \_\_\_ vom 12. Juni 2009 wird ausgeführt, dass die Rumpfmuskulatur weiter aufzutrainieren sei, der Beschwerdeführer jedoch den Rücken belasten könne, dürfe und solle (Urk. 10/37/6). Aus dem Orthopädischen Gutachten von Dr. E. \_\_\_ vom 17. Dezember 2010 (Urk. 10/54) geht sodann hervor, dass im Zeitpunkt ihrer Untersuchung (13. Dezember 2010) keine Diagnosen vorlagen, die eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit bedingen würden, die Veränderungen der Lendenwirbelsäule jedoch eine verminderte körperliche Belastbarkeit für ausschliesslich schwere Tätigkeiten nach sich zögen. Sie war der Ansicht, dass etwa 6 Wochen nach der Operation (Sequesterektomie L4/5 links am 27. April 2009) für angepasste Tätigkeiten ein vollschichtiges Arbeitsvermögen angenommen werden könne. Auch Dr. H. \_\_\_

konnte in seinem Gutachten zu Händen der SUVA am 24. März 2011 (Urk. 10/77/9-15) die geklagten Beschwerden nur zu einem Teil der Diskushernie L4/5 zuordnen und sprach von einem depressiven Zustandsbild sowie einer Symptomausweitung mit sehr demonstrativ vorgetragenen Beschwerden. Insoweit Dr. H. \_\_\_ eine zeitmässige Einschränkung auf zirka 6 Stunden am Tag postulierte, so ist diese nicht mit somatischen medizinischen Befunden begründet. Es besteht daher kein Grund, nicht auf die Schlussfolgerungen im

J. \_\_\_ - Gutachten abzustellen, die auf sorgfältigen und umfassenden orthopädischen Untersuchungen basieren und in allen Teilen nachvollziehbar begründet sind. Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in angepasster Tätigkeit voll arbeitsfähig ist. Diese Arbeitsfähigkeit stellte sich spätestens sechs Monate nach der Operation vom 27. April 2009 ein, weshalb zu diesem Zeitpunkt (27. Oktober 2009) grundsätzlich eine revisionsrechtlich relevante Verbesserung eingetreten ist. 4.3

Der Beschwerdeführer wendet sich dem im Wesentlichen auch nicht gegen die somatische Beurteilung, sondern die von den J. \_\_\_ - Gutachtern eingeschätzte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen. Hierzu führt er in erster Linie das von ihm in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. L. \_\_\_ vom 18. Juni 2013 (Urk. 10/124 /1-28) sowie dessen Stellungnahme vom 5. Januar 2014 an (Urk. 14/1). Im Gutachten erhebt Dr. L. \_\_\_, gestützt auf die psychiatrische Exploration sowie Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung vom 21. Mai 2013, als Diagnose nach ICD-10 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), phasenweise schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2). In der Beurteilung führt er aus, dass gemäss den ICD-10-Forschungskriterien einer depressiven Episode beim Beschwerdeführer alle drei Hauptsymptome sowie vier der Nebensymptome (Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls; Klagen über den Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit; psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung [subjektiv oder objektiv]; Schlafstörungen jeder Art)

festgestellt werden könnten. Zum Zeitpunkt der Begutachtung liege keine relevante Suizidalität vor, diese sei jedoch anamnestisch bestens bekannt. Der Appetitmangel sei ohne entsprechende Gewichtsveränderung nicht verwertbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei der Beschwerdeführer jedoch phasenweise auch schwer depressiv. Mindestens zwei Hospitalisationen seien wegen Selbstgefährdung erfolgt. Seit Juni 2010 sei der Beschwerdeführer häufig entweder in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Behandlung. Nur schon aus diesem Grund sei es kaum vorstellbar, dass der Beschwerdeführer lediglich unter einer leichten Depression leide. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung lasse sich bei gleichzeitigem Vorliegen einer Depression gemäss ICD-10 nicht stellen. Die Feststellungen im psychiatrischen Teil des J.\_\_\_\_ - Gutachtens, wonach die therapeutischen Möglichkeiten prinzipiell nicht ausgeschöpft seien, würden wissenschaftlichen Erkenntnissen widersprechen. Neuere Studien zeigten, dass über 30 % aller behandelten depressiven Patienten keine Besserung zeigten oder ebenso viele lediglich eine unvollständige. Insbesondere bei chronischen Schmerzpatienten mit Depressionen dürfte die Zahl noch bedeutend höher sein. Andere Störungen oder invaliditätsfremde Gründe könnten nicht eruiert werden. So seien die Eheprobleme sowie die Schulden eindeutig nicht Ursache, sondern Folge der Erkrankung (Schmerzen, Depressionen). Infolge der mittelschweren bis phasenweise schweren therapieresistenten chronischen Depression mit begleitender Schmerzsymptomatik sei der Beschwerdeführer zu 75 % arbeitsunfähig. Dies entspreche (gemittelt) der allgemeinen Usanz, wonach die Arbeitsfähigkeit bei einer mittelschweren Depression 50 % und bei einer schweren Depression 0 % betrage. 4.4

Zu der von Dr. L.\_\_\_\_ geäusserten Kritik an der Diagnosestellung anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 10/124 S. 6) – welche nicht nur die J.\_\_\_\_ - Gutachter sondern auch die behandelnden Fachärzte verschiedener Institutionen des B.\_\_\_\_ und der D.\_\_\_\_ betrifft – ist anzumerken, dass die von ihm angeführte Begründung, weshalb die Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei gleichzeitiger Diagnose einer Depression nicht gestellt werden dürfe, nicht einleuchtet. Immerhin sieht die von ihm angeführte (Hrsg. H. Billing, W. Mombour, M. H. Schmidt) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Kapitel V, 9. überarbeitete Auflage, unter F45.0 (Somatisierungsstörung) auf Seite 226 auch vor, dass unterschiedliche Schweregrade von Depression und Angst die Somatisierungsstörungen begleiten würden, diese jedoch nicht getrennt davon diagnostiziert werden müssten, es sei denn, sie seien sehr deutlich und anhaltend, und rechtfertigten damit eine eigene Diagnose. Offensichtlich qualifizierten die behandelnden Ärzte wie auch die J.\_\_\_\_ - Gutachter die geklagten Schmerzen nicht für „psychogene Schmerzen im Verlauf einer depressiven Störung“. Diese Kritik vermag daher noch keinen Mangel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen zu begründen. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht entscheidend ist denn auch nicht allein die Diagnose, sondern unter welchen Beschwerden die versicherte Person leidet, ob diese objektiviert werden können und welche Tätigkeiten der versicherten Person trotz ihrer gesundheitlichen Einschränkungen noch zumutbar sind (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

Was die Einwände in Zusammenhang mit weiteren Therapiemöglichkeiten betrifft, was insbesondere auch in der Stellungnahme vom 5. Januar 2013 zu den Vorbringen des RAD-Arztes Dr. M.\_\_\_\_ vom 21. November 2013 zu Weiterungen führte, (Urk. 14/1 S. 9 ff.), so ist zu vermerken, dass sich den diversen Behandlungsberichten auch entnehmen lässt, dass nicht alle Therapieöglichkeiten ausgeschöpft wurden.

Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer wiederholt stationär behandelt und immer wieder tagesstrukturierend oder wöchentlich ambulant betreut wurde, kann nicht zwingend geschlossen werden, dass alle erfolgsversprechenden Behandlungsmassnahmen insbesondere verschiedener therapeutischer Richtungen versucht worden sind. So wird im Austrittsbericht der D.\_\_\_\_

vom 14. Mai 2013

(Urk. 10/124) vermerkt, dass

paar therapeutische oder persönlichkeitspezifische Behandlungsansätze an der Weiterung des Beschwerdeführers scheiterten. Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ suchte der Beschwerdeführer ein- bis zweimal im Monat auf. Auch die Annahme einer Chronifizierung oder generell die prozentuale Häufigkeit des Auftretens einer Therapieresistenz sprechen weder für noch gegen die Ausschöpfung von Therapiemassnahmen

im konkreten Fall (Urk. 10/124/22, Urk. 14/1 S. 10). Ferner ist der Behauptung von Dr. L.\_\_\_\_, die psychosozialen Belastungen seien klarerweise ausschliesslich Folge der Erkrankung, entgegenzuhalten, dass die familiären Probleme (Trennungssituation) bereits

vor der ersten stationären Behandlung im B.\_\_\_\_ Thema waren (vgl. Urk. 10/77/35,

Urk. 10/49, Urk. 10/124/29) und es deswegen wiederholt zu „Entgleisungen“ des psychischen Zustandes kam, weshalb auch vermutet werden darf, dass soziale und familiäre Probleme einer erfolgreichen Behandlung entgegenstehen könnten (Urk. 10/124 S. 22). Auch besteht entgegen Dr. L.\_\_\_\_ keine chronische körperliche Begleiterkrankung, da aus somatischer Sicht eine bis mittelschwere körperliche Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_75/2014 vom 10. Juli 2014 E. 4.3 mit Hinweisen).

Hinsichtlich der von Dr. L.\_\_\_\_ geäusserten Kritik zur Einschätzung im Gutachten

J.\_\_\_\_ hinsichtlich Arbeitsunfähigkeit ist vorab festzuhalten, dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit – und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden – keine Korrelation besteht. Deshalb weist die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194 mit Hinweisen). Die von Dr. L.\_\_\_\_ angenommene, gemittete Arbeitsunfähigkeit von 75 % über den gesamten Zeitraum widerspricht auch den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, die wiederholt eine Arbeitsaufnahme befürworteten und sogar zeitgleich neben der tagesstrukturierenden Behandlungen eine wesentliche Arbeitsfähigkeit von 40 bis 50 % festhielten (Urk. 10/68). Ferner geht auch aus dem Austrittsbericht der D.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2012 eine Verbesserung (depressive Stimmungslage, Schmerz- und Schlafstörungen) seit Eintritt am 15. Mai 2012 hervor, wobei es nach der Untersuchung im J.\_\_\_\_ nach einem privaten Termin zu einer vorübergehenden Krise kam, und es war dem Beschwerdeführer in dieser Zeit möglich, diversen Beschäftigungen (sowohl im Klinikalltag als auch private Termine) nachzugehen (Urk. 10/100/3). Die in diesem Austrittsbericht festgehaltene Diagnose (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) begründet daher noch keine

Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die J.\_\_\_\_ - Gutachter. Dass dieser Austrittsbericht im Zeitpunkt der Exploration noch nicht vorlag und keine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten stattfand, begründet ebenfalls noch keinen Mangel, zumal die

erstmalige stationäre Behandlung in der D.\_\_\_\_ keine wesentlich neuen Gesichtspunkte in der Beurteilung des vorliegenden Leidens brachte und die Berichte vorangehender Behandlungen den Gutachtern vorlagen. Ferner kann auch nicht auf das Attest von Dr . P.\_\_\_\_ abgestellt werden, der den Beschwerdeführer erst seit 14. Dezember 2012 und nur ein bis zweimal pro Monat sieht ( Urk. 19), was gegen eine schwere depressive Erkrankung spricht.

Zusammenfassend bestehen daher keine Gründe, den Beweiswert des J.\_\_\_\_ - Gutachtens in Zweifel zu ziehen und nicht auf die darin ausgeführten Schlussfolgerungen abzustellen. 4.5

Hierbei bleibt jedoch zu beachten, dass auch die Gutachter des J.\_\_\_\_ intermittierend von einer höheren Arbeitsunfähigkeit ausgehen, wobei sie auf die jeweiligen Befunde und Diagnosen während der stationären Aufenthalte verweisen. Die Beschwerdeführerin ging bei ihrem Rentenentscheid davon aus, dass die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer (somatisch) leidensangepassten Tätigkeit seit Oktober 2009 bestand, das heisst sechs Monate nach dem operativen Eingriff in der R.\_\_\_\_ (27. April 2009). Mit Blick auf die Chronologie der Behandlungen (vgl. E. 2) fällt auf, dass der Beschwerdeführer vom 9. Oktober 2009 bis 5. Februar 20

## **E. 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).

## **E. 10**

jedoch stationär psychiatrisch behandelt wurde ( B.\_\_\_\_ vom 9. Oktober bis 10. Dezember 2009, C.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2009 bis 7. Januar 2010 und anschliessend erneut im B.\_\_\_\_ vom 7. Januar bis 5. Februar 2010) und die behandelnden Ärzte für diesen Zeitraum eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten. Eine Rentenaufhebung per 31. Januar 2010 hat daher zum vornherein keinen Bestand, da der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt noch vollständig arbeitsunfähig gewesen war. Im Anschluss an den Klinikaufenthalt im B.\_\_\_\_ besuchte der Beschwerdeführer einmal wöchentlich die Tagesklinik, wobei für diesen Zeitraum Angaben zur Arbeitsfähigkeit fehlen ( Urk. 10/77/22 und Urk. 10/124/35). Auch nach der Behandlung in der Akut-Tagesklinik der D.\_\_\_\_ ( 7. Juni bis 9. Juli 2010), während dessen der Beschwerdeführer wiederum zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben wurde ( Urk. 10/49), fehlen genauere Angaben; im Bericht vom 13. September 2010 ( Urk. 10/49) wird lediglich eine schrittweise Reintegration mit Beginn 20 % empfohlen. Ab November 2010, während der ambulanten Behandlung in der Tagesklinik der D.\_\_\_\_ erachteten die behandelnden Ärzte eine 40-50%ige Arbeitsfähigkeit für angepasst. Diese wurde indes für die Perioden vom 20. März bis 17. April 2011 (Aufenthalt in der F.\_\_\_\_, 27 Tage),

15. bis 19. Juni 2011 (Kriseninterventionszentrum D.\_\_\_\_, 4 Tage; Urk. 10/124/32-33), 15. Mai bis 18. Juni 2012 ( 33 Tage, Urk. 10/95 und Urk. 10/100), 15. Januar bis 29. März

2013 ( 73 Tage, stationäre Behandlungen in der D.\_\_\_\_ ,

Urk. 10/119 und Urk. 10/121) sowie 5. Juni bis 4. Juli 2013 ( 31 Tage stationäre  
Behandlung im

B.\_\_\_\_ ,

Urk. 3/4 ) noch vor Verfügungserlass (2 8. August 2013) unterbrochen; in diesen Periode n  
bestand nach jeweils echtzeitlich en Angabe n

der behandelnden Ärzte eine volle Arbeitsunfähigkeit, was im Grundsatz auch von den  
J.\_\_\_\_ - Gutachte rn ,

soweit koh ä re nt mit den Befunden, nicht in Frage gestellt wird, wobei sie für den  
Zeitraum nach ihrer Untersuchung (Mai 2012) keine eigene

Einschätzung

abgeben können (vgl. Urk. 9/3) . Eine wesentliche, rentenbeeinflussende Arbeitsfä higkeit  
hätte daher lediglich zwischen dem 5. Februar und 7. Juni 2010 (4 Monate) und  
anschliessend allenfalls ab November 2010 bestanden, wobei wenig Angaben zu den in  
diesem Zeitraum erhobenen Befunde und dem Krank heitsverlauf vorliegen, weshalb die  
überhaupt vorhandenen Arbeitsunfähig keitsatteste auch nicht überprüft werden können. Es  
lässt sich daher – weder aus den Angaben der J.\_\_\_\_ - Gutachter noch aus den Angaben der  
behandelnden Spezialärzte – feststellen, wann genau von einer wesentlichen, mehr als drei  
Monate andauernden Arbeitsfähigkeit (vgl. Art. 88 a IVV)

ausgehen ist, was revisionsrechtlich Einflus s auf den Rentenanspruch zeitigen könnte .

Nicht auszuschliessen ist ferner, dass im hier zu beurteilenden Zeitraum (bis 2 8. August  
2013) wiederum längere Perioden mit höhere r Arbeitsunfähigkeit rentenbegrün dend zu  
berücksichtigen sind, wobei keine schlüssigen Angaben zur Arbeitsun fähigkeit - weder im  
Ausmass noch hinsichtlich des Zeitraums - nach der gut achterlichen Untersuchung vom  
Mai 2012 vorliegen . Hinzu kommt, dass frag lich scheint, inwieweit der periodische  
Zugewinn an zumutbarer Arbeitsfä higkeit angesichts der wiederholten Krisen verwertbar  
war, wobei nicht auszu schliessen ist, dass diese Krisen auch durch die fehlende  
Tagesstruktur oder soziale Belastungen und daher allenfalls invaliditätsfremd begründet  
waren. Insgesamt lässt die vorliegende Aktenlage daher eine abschliessende Beurtei lung  
der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen für den gesamten hier zu beurteilenden  
Zeitraum bis zum Verfügungserlass (2 8. August 2013) nicht zu, weshalb über den  
Zeitpunkt einer allfälligen Befristung der ganzen Rente oder allenfalls ein Wiederaufleben  
kein abschliessendes Urteil möglich ist. Infolge des Umstandes, dass unmittelbar nach  
Verfügungserlass eine Verschlechterung geltend gemacht wird und eine solche nicht  
ausgeschlossen erscheint , rechtfertigt es sich zusätzlich , die Sache an die  
Beschwerdegegnerin zur weiteren psy chiatrischen Abklärung, welche sich über den  
gesamten relevanten Zeitraum sowohl zum Verlauf des Krankheitsbildes und den  
erhobenen Befunden als auch zur jeweils zumutbaren Arbeitsfähigkeit i n angepasster  
Tätigkeit in Auseinan dersetzung der für die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit  
massgeblichen Kri terien (BGE 139 V 547 E. 91 S. 565 mit Hinweisen) äussert,  
zurückzuweisen. In diesem Zusammenhang wird die Beschwerdegegnerin auch die geltend  
gemachte Verschlechterung in somatischer Hinsicht miteinbeziehen können. Dies führt zur  
Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2 8. August 2013 , soweit diese einen  
Rentenanspruch nach dem 3 1. Januar 2010 verneint. 5. 5.1

Die Kosten eines von der versicherten Person veranlassten Gutachtens sind vom Versicherungsträger dann zu übernehmen, wenn sich der Sachverhalt erst auf grund des neu beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherungsträger insoweit eine Verletzung der ihm im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes obliegend Pflicht zur rechtsgenügenden

Sachverhaltsabklärung ( Art. 43 Abs. 1 ATSG) vorzuwerfen ist (vgl. auch Art. 45 ATSG ; RKUV 2004 Nr. U 503 S. 186, U 282/00 E. 5.1 ). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Das Gutachten L.\_\_\_\_ ist auch nicht geeignet, den Anspruch des Beschwerdeführers abschliessend zu beurteilen. Daher sind weder die Kosten für das Gutachten vom 18. Juni 2013 ( Urk. 10/124) noch diejenigen für die Stellungnahme vom 5. Januar 2013 ( Urk. 14/1) der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der

vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer ) und vorliegend ermessensweise auf Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festgesetzt. 5.3

Die gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG auf Fr. 800.-- festzusetzenden Gerichtskosten werden ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin auferlegt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 28. August 2013

insoweit aufgehoben wird, als sie einen Rentenanspruch nach dem 31. Januar 2010 verneint, und die Sache wird an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. Februar 2010 neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin

auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Antonia Kerland - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Kopien von Urk. 28 und Urk. 29 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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