

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00252 vom 22. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00252

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00252 du 22 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00252 del 22 settembre 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1980 geborene und zuletzt als Reinigungsmitarbeiter während 3.5 Stunden wöchentlich tätige X.____ meldete sich am 3. Dezember 2010 (Eingangs datum) unter Hinweis auf eine Auffahr kollision als Kleinmotor rad fahrer auf einen Personenwagen und leichter traumatischer Hirnverletzung am 27. Juni 2010 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Ab dem 1. März 2011 absolvierte der Versicherte ein Aufbautraining bei der Y.____ (Urk. 6/19 -22), welches allerdings vorzeitig per 29. April 2011 abgebrochen wurde (Abschlussbericht Aufbautraining Y.____ vom 1. Juni 2011, Urk. 6/36 S. 2; Mitteilung Abbruch Integrationsmassnahme vom 11. Juli 2011, Urk. 6/41). Nach beruflichen und medizinischen Abklärungen , insbesondere der Einholung des polydisziplinären Gutachtens der Z.____ vom 20. August 2012 (Urk. 6/59) verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 27. August 2013, Urk. 6/73; Einwand vom 26. September 2013, Urk. 6/77; ergänzende Einwandbegründung vom 29. Oktober 2013 samt Beilage, Urk. 6/79-80) mit Verfügung vom 1. Februar 2014 (Urk. 2) einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

E. 2

Der Versicherte erhob hiergegen am 28. Februar 2014 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und es sei ihm insbesondere eine Dreiviertelsrente auszurichten. Eventualiter sei er erneut psychiatrisch zu begutachten. Mit Beschwerdeantwort vom 3. April 2014 (Urk.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

(IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2.3

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 so weit 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. 2.4

). Es beruht auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter (Urk. 6/59 S. 52 ff.; Urk. 6/59 S. 63 ff.; Urk. 6/59 S. 73 ff.; Urk. 6/59 S. 81 ff.) und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 6/59 S. 4 ff.) abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig (Urk. 6/59 S. 4 ff. ; Urk. 6/59 S. 37 f.). Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und das Gutachten ist schlüssig. Die Beweiskräftigkeit des Gutachtens wurde auch von den Parteien nicht bestritten (Urk. 2; Urk. 1 S. 5 f.). 4.2

Nach der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V

193 E. 3.2 mit Hinweisen).

Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine medizinische, sondern eine rein juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre (Urteil des Bundesgerichtes 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen). 4.3

4.3.1

Entsprechend dem polydisziplinären Gutachten steht die Depression (vgl. E. 3.2.2) klar im Vordergrund. Die begutachtenden Ärzte des Z. ___ präzisierten dies noch im Schreiben vom 1. November 2012 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/61):

Die Hauptdiagnose und damit hauptsächlich relevant für die Arbeitsunfähigkeit sei die mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1). Die zweite genannte Diagnose „leichte neuropsychologische Funktionsstörung in Form von Verlangsamung und exekutiven Einbussen sowie verminderter Belastbarkeit“ sei differentialdiagnostisch in erster Linie der Depression zuzuordnen. Es kämen naturgemäss differentialdiagnostisch andere Faktoren als zusätzlich wirksame Faktoren hinzu, die nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könnten und die sich naturgemäss aus dem Gesamtkontext der möglichen (Mit-)Ursachen nicht herausisolieren liessen. Als solche Ursachen seien insbesondere die chronische Schmerzbelastung 1) chronisches leichtgradiges

lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) und 2) chronisch rezidivierendes zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) denkbar, wie auch der Status nach MTBI sowie die dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) und Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und dependenten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1). Gegenüber der Depression seien die letztgenannten Ursachen für die kognitive Störung jedoch sicher weit untergeordnet. Die Verwirrung möge daher rühren, dass die entsprechenden (DD-Diagnosen) für sich genommen aus Sicht der Psychiatrie respektive Neurologie als für die Arbeitsfähigkeit unerheblich eingestuft wurden. Die neuropsychologischen Einbussen seien jedoch so überwiegend auf die Depressivität und die Schmerzen zurückzuführen, dass den übrigen Differentialdiagnosen eher theoretische Bedeutung zukomme, die fachspezifische Ausprägung der jeweiligen Störungen, speziell der dissoziativen Störung und der Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich vermeidenden und dependenten Persönlichkeitszügen aus klinisch psychiatrischer Sicht keine relevante Bedeutung zukomme (Urk. 6/61). Führend sei insgesamt die depressive Störung. Entsprechend sei in der Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit (für Verweistätigkeiten, da die bisherige aufgrund der somatischen Befunde nicht mehr möglich erscheine) auf die psychiatrische Einschätzung abgestützt worden (Urk. 6/61).

Die im Gutachten genannte Diagnose der mittelgradigen depressiven Störung zieht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die leichte neuropsychologische Funktionsstörung in Form von Verlangsamung und exekutiven Einbussen sowie verminderter Belastbarkeit nach sich. 4.3.2

Auch gemäss der Beurteilung von Dr. D. ___

vom 15. Oktober 2013 (Urk. 6/79) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die depressive Störung im Vordergrund steht. So hielt er dafür, dass sich aufgrund der klinischen Beobachtungen im Rahmen der aktuellen ambulanten Therapie der

Verlauf der rezidivierenden depressiven Störung aufgrund einer komplexen Psychopathologie sowie Komorbiditäten sehr wechselhaft mit chronifizierendem Verlauf mit Veränderungen in der Regulation von Affekten, Veränderungen der Selbstwahrnehmung (Ineffektivität, Schuldgefühle, Schamhaftigkeit), Veränderungen in Beziehungen zu anderen (Angst vor Menschen, Unfähigkeit anderen Personen zu vertrauen), Somatisierung (chronische Schmerzen) und Veränderungen von Lebenseinstellungen (Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit) zeige. Seine Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei aufgrund des obgenannten psychopathologischen Befundes deutlich eingeschränkt. Er habe Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäss anzupassen (Urk. 6/79 S. 2).

4.3.3

Zusammenfassend festzuhalten ist, dass die depressive Episode bzw. die depressive Störung klar im Vordergrund steht. Auch die im neuropsychologischen Teilgutachten festgehaltene Arbeitsunfähigkeit von 50 %

(vgl. Urk. 6/59 S. 92) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die Depression zurückzuführen. 4.4

4.4.1

Im

polydisziplinären Gutachten wurde eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) festgestellt, welche mittlerweile chronifiziert sei (Urk. 6/59 S. 59). Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ notierte demgegenüber eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige Episode (Urk. 6/79). Wie folgend gezeigt wird, kann offen bleiben, ob eine depressive Episode oder eine rezidivierende depressive Störung vorliegt:

4.4.2

In den Klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Gesundheitsstörungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour /Schmidt (Herausgeber), 9. Auflage, Bern 2014, S. 169 f., werden unter F32 die depressiven Episoden (leicht-, mittel-, schwergradig) und unter F33 die rezidivierenden Störungen umschrieben.

Bei der typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren Episode (F32.2 und F32.3) leidet laut diesen Leitlinien die betroffene Person gewöhnlich unter den typischen Symptomen von (a) gedrückter Stimmung, (b) Interessenverlust , Freudlosigkeit und (c) Verminderung des Antriebes, erhöhter Ermüdbarkeit. Andere häufige Symptome sind (1) verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, (2) vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, (3) Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, (4) negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, (5) Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen , (6) Schlafstörungen und (7) verminderter Appetit. Das klinische Beschwerdebild zeigt beträchtliche individuelle Varianten; ein untypisches Beschwerdebild ist besonders in der Jugend häufig. In einigen Fällen stehen zeitweilig Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression (vgl. ICD-10 Kapitel V [F], a.a.O., S. 169-170).

Bei einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F33 handelt es sich gemäss den genannten Leitlinien um eine Störung, die durch wiederholte (leichte, mittelgradige oder schwere) depressive Episoden charakterisiert ist. Die einzelnen Episoden dauern

zwischen drei und zwölf Monaten. Die Besserung zwischen den einzelnen Episoden ist dabei im Allgemeinen vollständig, wobei nur (aber immerhin) eine Minderheit von Patienten eine anhaltende Depression entwickelt (für welche ebenfalls die Kategorie F33 verwendet werden sollte; vgl. ICD-10 Kapitel V [F], a.a.O., S. 176 f.). Die Unterscheidung zwischen depressiven Episoden (F32) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33) legt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes nahe, dass bei letzteren eher von einer ungünstigen Prognose in Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_484/2012 vom 26. April 2013 E. 4.3.2.2).

Depressive „Episoden“ sind definitionsgemäss vorübergehender Natur und haben deshalb, zumindest wenn sie leicht bis mittelschwer sind, gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung. Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven „Störung“ ist nach der Rechtsprechung nicht schlechthin auszuschliessen. Deren Annahme bedingt indessen, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 und 9C_454/20

E. 5

unter Beilage ihrer Akten, Urk. 6/1-88) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. April 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass die depressive Störung überwindbar sei (Urk. 2).

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, es liege eine seit dem 8. September 2010 nie remittierte Depression, mithin chronische Depression im Sinne eines eigenständigen Krankheitsbildes vor, welche ihn in seiner Leistungsfähigkeit zu 50 % einschränke. Die Einschränkung werde zumindest vom Z. ___ als nicht überwindbar beurteilt. Die Einschätzung des Z. ___ werde durch die Beurteilungen der Klinik A. ___ sowie des B. ___ und der übrigen behandelnden und untersuchenden Ärzte bestätigt (Urk. 1 S. 5 f.). Es bestehe kein Raum für die Überwindbarkeitsprüfung, da ein eigenständiges Krankheitsbild im psychiatrischen Bereich vorliege. Aber selbst wenn von keinem eigenständigen Krankheitsbild ausgegangen würde, sei der Beschwerdeführer gemäss Z. ___ in der Möglichkeit der Überwindbarkeit seiner Beschwerden eingeschränkt (Urk. 1 S. 6 f.). Des Weiteren sei im Rahmen des Einkommensvergleiches von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Das Invaliden- und das Valideneinkommen seien gestützt auf die LSE festzusetzen, wobei beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug in Höhe von 10 % vorzunehmen sei, womit ein Invaliditätsgrad von 60 % resultiere und der Beschwerdeführer demnach Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe (Urk. 1 S. 7).

2.

E. 5.1

In somatischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit, mit einem Gewichtslimit von 15 kg, selten bis 20 kg, ohne gehäufte Zwangshaltungen wie gebückt oder Überkopf zu verrichtenden Tätigkeiten zu 100 %

arbeitsfähig. Ebenso ungünstig seien häufiges Knien, Kauern oder repetitives Treppen-, Gerüst-, oder Leiternbesteigen (Urk. 6/59 S. 37; vgl. Urk. 6/59 S. 71 ; Urk. 6/59 S. 78) .

Die Tätigkeit bei der C.____

AG kündigte der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 2. Dezember 2008 aus persönlichen Gründen (Urk. 6/10 S. 12). Im Jahr 2009 arbeitete er von Juni bis September bei der K.____ GmbH, L.____ , und zuletzt bei der M.____ AG in einem Pensum von 3.5 Stunden wöchentlich (Auszug aus dem individuellen Konto, Urk. 6/8 ; Fragebogen für den Arbeitgeber, Urk. 6/11). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit würde er diese Tätigkeit im Gesundheitsfalle in einem Pensum von 100 % ausüben.

Die Reinigungsarbeiten bei der M.____ AG führte er auch nach seinem Unfall weiter (Auszug aus dem individuellen Konto, Urk. 6/57), so dass davon auszugehen ist, dass sie gleichzeitig auch eine angepasste Tätigkeit darstellt. Da die Validen- und die Invalidentätigkeit identisch sind und der Beschwerdeführer zu 100 % angepasst arbeitsfähig ist, resultiert keine Einkommenseinbusse und somit auch kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad.

E. 5.2

Zu ergänzen ist, dass selbst bei einem hypothetischen maximalen Leidensabzug von 25 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert, ist doch der Beschwerdeführer in der angepassten Tätigkeit 100%ig arbeitsfähig, womit ein maximaler nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 25 % resultieren würde.

E. 5.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die mittelgradige depressive Episode sowie die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf basierende leichte neuropsychologische Funktionsstörung in Form von Verlangsamung und exekutiven Einbussen sowie verminderter Belastbarkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht invalidisierend sind. Die somatischen Einschränkungen begründen keinen rentenrelevanten Invaliditätsgrad. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 13

vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). 4.4.3

Der Beschwerdeführer besuchte folgende Therapien:

In den Jahren 2008 bis 2009 sei der Beschwerdeführer während ca. 2 Monaten bei Dr. med. E.____ in psychiatrischer Behandlung gewesen (Anhang zum Austrittsbericht vom 24. Februar 2011 der Klinik A.____, Urk. 6/25 S. 6).

Von Ende August

bis Ende Oktober 2010 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch behandelt, wobei eine stützende Gesprächstherapie durchgeführt wurde. Der Beschwerdeführer sei nach dem letzten Gespräch am 30. Oktober 2010 nicht zu einem weiteren vereinbarten Termin erschienen und habe nicht auf die Versuche, ihn telefonisch zu kontaktieren, reagiert (Kreisärztliche Untersuchung vom 7. September 2010, Urk. 6/23 S. 67; Arztbericht Dr. F.____ vom 20. Dezember 2010, Urk. 6/23 S. 32 f.).

Während seines Aufenthaltes in der Klinik A.____ vom 16. November 2010 bis zum 23. Februar 2011 wurde er pharmakotherapeutisch mit Fluctine und Valdoxan antidepressiv und schlafanstossend behandelt, daneben fanden regelmässig psychotherapeutische Gespräche statt. Die depressive Symptomatik sei unter der Behandlung weitgehend remittiert (Austrittsbericht vom 24. Februar 2011, Urk. 6/25 S. 3).

Während des Aufbautrainings im Y.____ wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. G.____, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, delegiert durch Psychologin lic. phil. H.____ betreut. Nach dem vorzeitigen Abbruch des Aufbautrainings wurde eine Anmeldung

in der Tagesklinik veranlasst (Abschlussbericht Aufbautraining Y.____ , Urk. 6/36 S. 2, vgl. auch Arztbericht vom 26. Mai 2011 von Dr. G.____ , Urk. 6/46 S. 7 f.).

In der B.____

erfolgte vom 5. Juli bis zum 7. Oktober 2011 eine teilstationäre Behandlung (Urk. 6/51). Dabei nahm der Beschwerdeführer zu 100 % am Gruppentherapieprogramm der Akuttagsklinik B.____ teil, welches aus dem Besuch des Selbstsicherheitstrainings, der Schmerz-, Angst-, und Entspannungsgruppe, Bewegungstherapie sowie Einzelgesprächen bestand.

Der Beschwerdeführer erklärte anlässlich der psychiatrischen Untersuchung des Z.____ am 27. Februar 2012, dass er seit Ende März 2010 zu Frau H.____ , delegierte Psychologin von Dr. G.____ , in die Therapie gehe. Wann er Dr. G.____ letztmals gesehen habe, sei ihm nicht erinnerlich (Urk. 6/59 S. 55). Er gehe jeweils mittwochs und freitags für je zwei Stunden in die Ergotherapie, jeden zweiten Mittwoch würden sie dort kochen. Am Dienstag, Donnerstag und Freitag verbringe er die Nachmittage von 13.30 bis 16.00 Uhr im I.____ (Anmerkung: Tagesstruktur Angebot des Vereins J.____ , Urk. 6/59 S. 83).

Seit dem 15. April 2013 geht der Beschwerdeführer alle ein bis zwei Wochen zu Dr. D.____ für psychiatrisch- psychotherapeutische Einzelgespräche sowie Paargespräche bei Bedarf (Urk. 6/79 S. 3). 4.4.4

Die stationäre Behandlung in der Klinik A.____

und die nur kurze teilstationäre Behandlung im B.____ haben zu keiner nachhaltigen Verbesserung des Gesundheitszustandes führen können. So hielt der begutachtende Psychiater fest, dass eine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als geeignet angesehen werden muss, das psychische Zustandsbild und folglich möglicherweise auch die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu verbessern. In dieser sollte insbesondere auf das Erreichen einer vollständigen Remission der inzwischen chronifizierten depressiven Episode ein besonderer Wert gelegt werden. Um die Therapieresistenz der depressiven Episode zu überwinden, sollte das gesamte Spektrum von biologischen und soziotherapeutischen Massnahmen zur Anwendung kommen. Da es im Rahmen der ambulanten sowie teilstationären Behandlung bei dem Versicherten in der Vergangenheit zu keiner nennenswerten Verbesserung des psychischen Zustandsbilds gekommen sei, dränge sich aktuell eine vollstationäre Behandlung auf (Urk. 6/59 S. 59).

Dass eine stationäre Behandlung gemäss Empfehlung im Gutachten erfolgte, geht nicht aus den Akten hervor. Bei einem aktuellen Behandlungsrhythmus alle ein bis zwei Wochen sowie bei nur kurzen vorhergehenden stationären und teilstationären Behandlungen kann nicht von einer konsequenten Depressionstherapie gesprochen werden. Die Depression des Beschwerdeführers ist demnach nicht als resistent ausgewiesen und damit nicht invalidisierend. Dies erhellt auch daraus, dass anlässlich der einzigen bisherigen stationären Behandlung in A.____ die Depression bereits einmal weitgehend remittierte (Urk. 6/25 S. 9). 4.5

Ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen:

Der Beschwerdeführer bewältigt bereits im Begutachtungszeitpunkt einen ausgefüllten Alltag: Er stehe um 7.00 Uhr auf, wecke die Tochter, wärme ihre Milch und mache sie für den Kindergarten bereit. Er begleite sie zu Fuss zum Kindergarten und kehre dann nach Hause zurück. Jeweils mittwochs und freitags gehe er vormittags für 2 Stunden in die

Ergotherapie, jeden zweiten Mittwoch würden sie dort zusammen mit anderen Patienten kochen. Wenn er keine Termine habe, erledige er Haushaltsarbeiten, die ihm seine Frau aufgetragen habe, ab und zu bereite er das Mittagessen zu. Mittags hole er die Tochter wie der aus dem Kindergarten ab. Auch seine Frau komme dann von der Arbeit, sie würden zusammen kochen und essen. Nachmittags gehe er zu Fuß einkaufen, mit seiner Tochter spazieren oder habe irgendwelche Termine. Am Dienstag, Donnerstag und Freitag verbringe er die Nachmittage von 13.30 bis 16.00 Uhr im I. ____ . Am Abend würden er und seine Ehefrau gemeinsam das Nachtessen zubereiten und zwischen 17.00 und 18.00 Uhr essen. Manchmal würden sie auch von seiner Mutter oder Verwandten der Ehefrau zum Nachtessen eingeladen. Wenn er sich nicht gut fühle, esse er meistens nichts und gehe ungefähr um 18.00 Uhr zu Bett. Wenn es ihm besser gehe, spiele er noch ein bisschen mit der Tochter oder schaue den Fischen im Aquarium zu. Meistens gehe er dann zusammen mit seiner Tochter oder spätestens um 22.00 oder 23.00 Uhr zu Bett (Urk. 6/59 S. 39 f.).

Dass der Beschwerdeführer einen ausgefüllten Alltag mit Verantwortung für ein Kind sowie diversen Therapien und Terminen meistern kann, zeigt, dass er gute Ressourcen hat. Auch daraus erhellt, dass dem Beschwerdeführer eine volle Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit bei objektiver Beurteilung mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit – jedenfalls nach einer konsequenten Therapie – sozial-praktisch zumutbar ist.

4.6

Zusammenfassend festzuhalten ist, dass die mittelgradige depressive Episode sowie die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf basierende leichte neuropsychologische Funktionsstörung in Form von Verlangsamung und exekutiven Einbußen sowie verminderter Belastbarkeit nicht invalidisierend sind. Bei objektiver Betrachtung ist vom Beschwerdeführerforderbar, dass er seine Arbeitsfähigkeit vollumfänglich verwertet. 5.

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