

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00254 vom 8. Juli 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-07-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00254

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00254 du 8 juillet 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00254 del 8 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1953 geborene X.____, gelernter Mechaniker und eidgenössisch diplomierter Ingenieur (Maschinenbau) sowie

Betriebsökonom, war seit September 1996 als selbständiger Unternehmensberater

tätig (Urk. 8/1/5, Urk. 8/19/4, Urk. 8/24/3). Mit Datum vom 22. März 2012 meldete er sich unter Hinweis auf eine chronische Erschöpfung sowie schwere Depressionen (Burn out) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1). Die IV-Stelle zog einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug vom 11. April 2012, Urk. 8/6) bei und tätigte beruflich-erwerbliche sowie medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie eine psychiatrische Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), worüber am 22. Juli 201

E. 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).

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. 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). An diesem Grundsatz ändert auch das kürzlich publizierte Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 (9C_492/2014, insbesondere E. 3.7) nichts.

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, gemäss ihren Abklärungen bestehe beim Beschwerdeführer keine Invalidität im invalidenversicherungsrechtlich relevanten Sinne. Liege doch mit der mittelgradigen depressiven Episode keine langandauernde, schwere Erkrankung mit erheblicher und dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Daher fehle es an den rechtlichen Voraussetzungen für die Ausrichtung von Leistungen durch die Invalidenversicherung (Urk. 2). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein, eine depressive Episode nach Massgabe der ICD-10 Kriterien sei im psychiatrischen Sprachgebrauch keineswegs dem

Begriff einer „Episode“, also eines zeitlich limitierten Ereignisses, gleichzusetzen. So dauere seine Depression und die dadurch verursachte Arbeitsunfähigkeit schon über zweieinhalb Jahre an und werde gemäss RAD noch mindestens ein Jahr bis eineinhalb Jahre andauern. Diesbezüglich habe sich Dr. B. ___ massiv getäuscht, indem er prognostizierte, die Arbeitsunfähigkeit werde längstens bis Mai 2013 andauern (Urk. 1 S. 4). Habe doch Dr. A. ___ im 5. Mai 2013 nach ICD-10 F 32.2 eine anhaltende schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (agitierte Depression teilweise mit Suizidalität) und nach ICD-10 F41.0 eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) diagnostiziert. Daraus ergebe sich ganz klar eine psychische Störung mit Krankheitswert (Urk. 1 S. 5). Trotz seines starken Willens sei es ihm (dem Beschwerdeführer) nicht gelungen, seiner Depression und Angststörung Herr zu werden, um wie der arbeiten zu können. Vom 16. bis 23. August 2013 habe er sich zufolge seiner psychischen Erkrankung ins

Z. ___ in eine stationäre Behandlung begeben müssen. Auch dort sei die Diagnose einer anhaltenden schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) gestellt worden. Es liege somit eine chronische Depression vor. Er sei bei Weitem nicht im Stande, eine 50%ige Arbeitsleistung zu erbringen. Es sei dem zufolge ein aktueller Bericht betreffend seine Arbeitsfähigkeit bei Dr. A. ___ einzuholen. Anschliessend sei ihm eine entsprechende Invalidenrente von vermutlich mehr als 50 % zuzusprechen (Urk. 1 S. 5). Ausserdem sei neben der affektiven Erkrankung auch eine bestehende Störung auf Persönlichkeitsebene genauer zu explorieren (Urk. 1 S. 6). 3.

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente hat. 4. 4.1

Die medizinische Aktenlage stellt sich wie folgt dar: 4.2

Mit undatiertem Bericht diagnostizierte der behandelnde

Dr. med. C. ___ , Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, - nebst weiteren hier nicht relevanten Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit -

eine mit teilsgradiger bis schwerer depressiver Episode, in zunehmendem Masse seit 2

E. 3

Bericht erstattet wurde (Urk. 8/24). Sodann beauftragte die IV-Stelle ihren Abklärungsdienst mit der Abklärung für Selbständigerwerbende (Abklärungsbericht vom 2. Februar 2013, Urk. 8/25).

Mit Vorbescheid vom 14. August 2013 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/28). Dagegen erhob der Versicherte am 23. August 2013 Einwand (Urk. 8/29; mit ergänzender Begründung vom 2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und (aufgrund der rechtsprechungsgemäss ebenfalls als vollständiges Obsiegen geltenden

Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung) ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach Art. 34 Abs. 3 GSVGer hat der obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung. Diese wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen. Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. Januar 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Dorrit Freund - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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. 010

und seit 1. Januar 2011 die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (Urk. 8/9/1). Auf grund seiner Konzentrationsprobleme sowie schnellen Erschöpfbarkeit sei der Beschwerdeführer in

seiner Tätigkeit als selbständiger Berater seit dem 1. Januar 2011 zu 50 % eingeschränkt (Urk. 8/9/2). Wann und in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne, sei noch unklar (Urk. 8/9/3). 4.3

Am 26. November 2012 liess die leistungspflichtige Krankentaggeldversicherung den Beschwerdeführer vertrauensärztlich durch Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Pharmazeutische Medizin, untersuchen (vgl. Untersuchungsbericht vom 1. Dezember 2012, Urk. 8/19). Der Beschwerdeführer habe berichtet, er habe eine „nicht ganz beschwerdefreie Kindheit“ verlebt. Seine Eltern hätten sich getrennt als er vier Jahre alt gewesen sei. Zu seiner Mutter habe er seither keinen Kontakt mehr. Ihr Aufenthaltsort sei unbekannt. Sein Vater sei damals schwerer Alkoholiker gewesen (Urk. 8/19/4). Nach der Trennung seiner Eltern sei er von der Grossmutter väterlicherseits erzogen worden (Urk. 8/19/5). Bis zu seinem 20. Lebensjahr habe er „alles erfolgreich verdrängt“. Er könne sich jedoch noch daran erinnern, dass er schon als Kind nicht schlafen könne. Da er sich immer mit seinen Vorgesetzten angelegt habe, habe er sich um 1993 beruflich selbständig gemacht. Er habe immer viel gearbeitet, auch samstags und sonntags. Dies habe im Laufe der vergangenen Jahre zu ehelichen Spannungen geführt. In der kinderlos gebliebenen Ehe habe man sich auseinandergeliebt. Seit Ende 2010/Anfang 2011 habe er Depressionen bekommen (Urk. 8/19/4). Seine „berufliche Effektivität“ habe „nachgelassen“. Früher habe er „drei bis vier Berichte am Tag geschrieben. Heute schaffe er nur noch einen bis zwei Berichte pro Woche. Es gebe Tage, an denen er aufstehe und nachher wieder ins Bett gehe. Es sei schwierig, wenn man immer so gearbeitet habe und es jetzt nicht mehr gehe. Seine geistige Konzentrationsfähigkeit habe nachgelassen. Punktuell sei er in Kundengesprächen zwar immer noch konzentriert, aber hinterher lasse es drastisch nach. Der Nachtschlaf sei unter der Arzneimitteltherapie mit Trittico gut. Gedanken an Suizidalität habe er jetzt zwar deutlich weniger, aber manchmal immer noch. Weiter hielt Dr. B.____ fest, die psychopathologische Befundlage des Beschwerdeführers sei von einer ausgeglichenen Stimmungslage gekennzeichnet. Seine affektive Auslenkbarkeit sei intakt. Im Affekt habe der Beschwerdeführer bei der Schilderung seiner psychophysischen Erschöpfung in nachvollziehbarer Weise betroffen und immer noch etwas verunsichert gewirkt. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer wieder ausgeglichen – auch wenn er subjektiv noch über eine rasche Erschöpfbarkeit geklagt habe. Die kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration, Auffassung, Merkfähigkeit, Erinnerung und Umstellungsfähigkeit im Gespräch hätten sich im Rahmen der klinischen Prüfung als intakt erwiesen. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer in allen Qualitäten strukturiert und geordnet. Das inhaltliche Denken sei situationsentsprechend auf die Schilderung von Biographie und Krankheitsentwicklung gerichtet gewesen, wobei eine Beschäftigung mit der psychophysischen Überlastungsreaktion seit etwa Herbst 2010 und der zunächst nur zögerlichen Verbesserung überwogen habe. Insgesamt sei der Beschwerdeführer erst teilweise wieder auf seine Zukunft ausgerichtet und beklage vor allem, dass er an Leistungsfähigkeit und Effektivität eingebüsst habe. Zeichen psychotischen Denkens, Erlebens, Wahrnehmens oder Verhaltens liessen sich ebenso wenig finden wie Hinweise auf eine aktuelle Selbst- oder Fremdgefährdung (Urk. 8/19/6).

Zusammengefasst sei diese Befundlage mit einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode (ICD-10 F32.1) vereinbar, welche inzwischen weitgehend rückläufig sei und momentan allenfalls noch leicht ausgeprägt sei (Urk. 8/19/6). Subjektiv seien nach wie vor

einerseits krankheitsunspezifische Beschwerden, andererseits eine nachvollziehbare gedankliche Auseinandersetzung mit dem Krankheitsgeschehen im Sinne einer Verarbeitung des Erlebten vorherrschend. Im Augenblick sei der Beschwerdeführer in seinem Denken erst teilweise wieder nach vorne orientiert, wirke aber emotional deutlich gefestigter, wenngleich nach wie vor etwas verunsichert. Das aktuelle Krankheitsgeschehen weise mit Blick auf die schwierigen persönlichen Lebensumstände, namentlich die psychophysische Erschöpfung sowie mangelnde Erholung und vor allem ungenügende Arbeit/Freizeit-Balance über mehrere Jahrzehnte hinweg, deutlich erlebnisreaktive Züge auf (Urk. 8/19/6f.). Die jetzige Erkrankung sei somit zusammengefasst überwiegend als psychische Reaktion auf eine berufliche Überbeanspruchung sowie mangelnden Ausgleich über lange Zeit aufzufassen (Urk. 8/19/7). Im weitesten Sinne sei das, was der Beschwerdeführer derzeit durchmache, somit als Anpassungsstörung an physiologische Leistungseinbußen, wie sie typischerweise in seinem Lebensalter eintreten könnten und deren Bewältigung Zeit brauche, aufzufassen (Urk. 8/19/8). Die jetzige ambulante psychotherapeutische Behandlung sei endständig. Die nur noch mittelfrequente Durchführung der Behandlung reflektiere den Krankheitsrückgang. Weitere, darüber hinausgehende Behandlungsmassnahmen kämen aus psychiatrischer Sicht nicht mehr in Betracht. Die dem Beschwerdeführer zuletzt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % als Unternehmensberater sei aus psychiatrischer Sicht dem Krankheitsbild und dessen klinischer Ausprägung bislang angemessen gewesen. Mit der aktuellen Befundlage sei allerdings davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer äusserstenfalls noch für die Dauer von maximal einem halben Jahr, mithin bis Ende Mai 2013, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Anschliessend sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 8/19/7). 4.4

Die seit März 2011 behandelnde Dr. A.____

diagnostizierte im Bericht vom 5. Mai 2013 (Urk. 8/ 22) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (agitierte Depression; ICD-10 F32.2), (2) eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41.0) sowie (3) Probleme in der Beziehung zur Ehepartnerin (ICD-10 Z63.0) . Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte Dr. A.____ keine Diagnosen. Während des ganzen Jahres 2011 /12 bis heute habe der Beschwerdeführer davon berichtet, dass er wegen der depressiven Symptomatik als selbständig Erwerbender deutlich weniger arbeiten können als früher. Nach eigenen Angaben sei sein Umsatz regelrecht „zusammengebrochen“. Der Beschwerdeführer sei in seiner Konzentration und Aufmerksamkeit sowie hinsichtlich seiner Gedächtnisfähigkeit mittelgradig eingeschränkt. Er wirke psychomotorisch und auch im Gespräch verlangsamt. Sodann sei er im Affekt vermindert schwingungsfähig und wirke verzweifelt, angespannt, gereizt und ängstlich. Ferner leide der Beschwerdeführer an Insuffizienz- und Schuldgefühlen. Motivation, Antrieb und Energie seien stark reduziert. Es

beständen ein Interessenverlust , eine gedrückte depressive Stimmung , ein sozialer Rückzug sowie plötzlich auftretende Panikattacken. Demgegenüber habe der Beschwerdeführer einen starken Arbeitswillen . Nach der Arbeit leide er allerdings an schnell auftretender starker Müdigkeit bis zum Erschöpfungszustand. Stress- und Frustrationstoleranz seien eindeutig reduziert . Weiter habe der Beschwerdeführer eine intermittierende Suizidalität beschrieben. Nach Aussage seiner Ehefrau drohe er zu Hause immer wieder damit, sich zu erschiessen. Er habe eine Waffe zu Hause und habe sich diese auch schon vor den Kopf gehalten. Aktuell habe der Beschwerdeführer eine Suizidalität

glaubhaft verneint. In erster Linie seien die Depression, die reduzierte Stresstoleranz sowie die Frustrationsintoleranz für die aktuelle 50%ige Arbeitsunfähigkeit verantwortlich. Diese Teilarbeitsunfähigkeit bestehe vorerst bis auf Weiteres. Demgegenüber dürfe davon ausgegangen werden, dass die Depression zufolge der Therapie abklingen und die volle Arbeitsfähigkeit wieder eintreten werde. Neben der Depression hätten initial, sei es als Teil der noch nicht als solche erkannten Depression, auch Angstkrankheiten

bestanden. Diese Störungen bestünden weiterhin. Der Beschwerdeführer benötige weiterhin eine intensive Psychotherapie sowie eine intensive Pharmakotherapie (Urk. 8/22/2 f.). Derzeit besuche er alle zwei Wochen eine Gesprächstherapie (vgl. auch den Bericht vom 4. Mai 2012, Urk. 8/13). Die aktuelle Medikation bestehe

aus

Paroxetin

und Trittico (Urk. 8/22/3). 4.5

Am 9. Juli 2013 wurde der Beschwerdeführer schliesslich durch den R AD

untersucht. Mit Bericht vom 22. Juli 2013 (Urk. 8/24) diagnostizierte med. pract. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende depressive Episode, mit gegenwärtig mittelschwerer Ausprägung (ICD-10 F32.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er keine Diagnosen (Urk. 8/24/5).

Der Beschwerdeführer sei seit 33 Jahren verheiratet, verfüge über einen guten Freundeskreis sowie einen breiten und guten Bekanntenkreis und arbeite aktuell

zu 50 % selbständig erwerbend (Urk. 8/24/1). Subjektiv fühle er sich seit etwa zweieinhalb Jahren kraftlos, antriebslos, emotional verändert und mit vermehrtem sozialem Rückzug. Auch leide er unter Konzentrationsstörungen und unter verminderter Belastbarkeit. Er sei beruflich schon immer sehr angespannt und engagiert gewesen, habe teilweise sieben Tage die Woche mehrere Jahre durchgearbeitet und sei ein sehr zuverlässiger, selbständiger Unternehmer gewesen. Nach dem Nervenzusammenbruch seiner Ehefrau, was ihn schockiert habe, habe er feststellen müssen, dass er am Zustand seiner Ehefrau zum Grossteil mitschuldig sei. Das habe ihn massiv belastet und dekompensieren lassen. Damit verbunden seien bei ihm vorher verdrängte Urängste wieder verstärkt aufgetreten. Auch habe sich die Sinnfrage nach dem Leben aufgedrängt und er habe feststellen müssen, dass er nicht in der Lage sei, Lebensfreude zu empfinden. Dies habe er noch nie gekonnt. Dass er damit aber auch andere, namentlich seine Frau schädige, habe er sich nicht verzeihen können. So sei es auch wiederholt zu Suizidgedanken gekommen, welche jedoch schon seit vielen Jahren bestehen würden, zuletzt vor etwa einem halben Jahr. Da habe er sich mit einer Flasche Rotwein in den Schnee gelegt, um einzufrieren. Nur der Suche und dem Zurückholen seiner Ehefrau verdanke er es, dass er in dieser Nacht nicht erfroren sei. Früher habe er einen sehr strukturierten Tagesablauf gehabt. Jetzt würde sich der Tagesablauf nicht mehr nur nach dem Auftragsvolumen und der Arbeit richten, sondern nach seinem Empfinden. Er versuche regelmässig morgens aufzustehen, jedoch falle ihm das teilweise extrem schwer. Auch die an ihn gestellten Aufgaben könne er teilweise nicht mehr bewältigen. So sitze er manchmal morgens einfach da und würde er auch ganz dringende, geringfügige Belastungen wie zum Beispiel das Bearbeiten von Rechnungen nicht mehr hin bekommen. Es gäbe auch Phasen, in denen es ihm wieder besser gehe. Insgesamt

samt sei das Ganze noch sehr schwankend. Er würde jedoch regelmässig mit seinem Hund spazieren gehen, ansonsten habe er keine echte Regelmässigkeit in seinem aktuellen Tagesablauf (Urk. 8/24/2) . Schon als Kind habe er wohl Lebensüberdruß und teilweise Suizidgedanken gehabt. RAD-Arzt D. ____

hielt fest , es sei davon auszugehen, dass sich erhebliche Entwicklungsstörungen bereits in der Kindheit manifestiert hätten. Durch die Abspaltung der sehr belastenden Gefühle und das Verdrängen auf emotionaler Ebene sei es dem Beschwerdeführer möglich gewesen, sich auf der rationalen Ebene einiges erarbeiten zu können und auch die Anerkennung zu finden, die für ihn wichtig und selbstwertbestimmend gewesen sei (Urk. 8/24/3) . Während der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer ausgeglichen und entspannt gezeigt. Mimik und Gestik seien intakt. Die Schilderung der Beschwerden sowie der Lebenssituation erschienen sachlich und ohne Tendenz zur Aggravation. Weiter habe der Beschwerdeführer seine Aufmerksamkeit durchgehend aufrechterhalten können. Die Konzentration habe sich im Verlaufe indes als zunehmend eingeschränkt erwiesen. Ebenso hätten sich Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Das Langzeitgedächtnis sei klinisch unauffällig . Der Gedanken gang sei geordnet, teilweise verlangsamt, teilweise grübelnd. Inhaltliche Denkstörungen und Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Die Schwungfähigkeit des Beschwerdeführers sei eingeschränkt, sein Antrieb leicht reduziert und die Stimmung gedrückt (Urk. 8/24/4) . Sodann bestünden Lebensüberdruß, teilweise Suizidgedanken, wobei sich der Beschwerdeführer aktuell sicher und glaubhaft von einer Suizidalität distanziert habe. Seine Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Planung und Strukturierung sei nicht eingeschränkt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei mittelgradig eingeschränkt. Dasselbe gelte für die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Umstellungsfähigkeit und Flexibilität sowie für die Durchhaltefähigkeit. Subjektiv werde eine 50%ige Arbeitsfähigkeit angestrebt und auch als möglich erachtet (Urk. 8/24/5).

RAD-Arzt D. ____ kam zum Schluss, beim Beschwerdeführer sei es im Rahmen diverser Belastungssituationen zu einer depressiven Symptomatik gekommen. Ausschlaggebend hierfür sei nicht zuletzt die aufgrund der schwierigen Kindheits-, Jugend- und Adoleszenzzeit

mangelnde Fähigkeit, auf emotionaler Ebene entsprechende Verarbeitungsmechanismen zu entwickeln . Der Beschwerdeführer befinde sich in einem permanenten Konflikt zwischen Eigenanspruch, Selbstwertgefühl und Auswirkung. Durch die

Erkrankung sei es zu einem Verlust des Selbstwertgefühls sowie zur vermehrten Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen gekommen , welche ihn in einen schweren inneren Konflikt gebracht hätten. Durch die Abspaltung der Gefühle bis zum Krankheitseintritt sowie anhaltend, sei es für den Beschwerdeführer extrem schwierig, Instrumente für sich zu erarbeiten, die er für eine Krankheits- und Konfliktbewältigung benötige. Hier sei eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung notwendig. Auch die psychopharmakologische Behandlung bedürfe eventuell noch weiterer Optimierungen. Aufgrund des festgestellten Defizitgefühls sei es dem Beschwerdeführer derzeit weder in seiner bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit möglich, mehr als 50 % zu arbeiten. Es müsse davon ausgegangen werden, dass eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für noch wenigstens

bis 18 Monate bestehen bleibe (Urk. 8/24/6). 4.6

Vom 1 6. bis 2 3. August 2013 hielt sich der Beschwerdeführer zur stationär-psy-
chiatrischen Behandlung i m

Z. ___ auf . In ihrer Stellungnahme zuhanden des Beschwerdeführers vom 3. September
2013 (Urk. 8/34) hielt Dr. Y. ___ fest, letzterer leide seit mehr als zwei Jahren unter
ausgeprä gten depressiven Symptomen, womit die Kriterien einer chronischen Depression
erfüllt seien. Es sei die Diagnose eine r anhaltenden schweren depressiven Epi sode ohne
psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) gestellt worden. Differenzial diagnostisch sei eine
Dysthymie (ICD-10 F34.1) mit double depression aufgrund einer in die Kindheit
zurückreichenden depressiven Verstimmung mit Exazerba tion vo r mehr als zwei Jahren zu
diskutieren. Aufg ru nd der aktuellen Ausprä gung der depressiven Symptomatik mit unter
anderem starker Freudlosigkeit und Antriebsmangel sowie Kurzzeitgedächtnis- und
Konzentrationsstörungen sei von einem erheblichen Krankheitswert und Leidensdruck
auszugehen, der alle Lebensbereich e deutlich beeinträchtigt. Eine vollständige Regredienz
der Symptomatik sei aufgrund der Chronifizierung und biographischen Belastung
unwahrscheinlich . Unter Fortführung der Psychotherapie sowie Pharmakothera pie sei eine
langsame Besserung möglich. Es sei indes von ei nem langwähren den Therapiep rozess
auszugehen (Urk. 8/34). 4. 7

In der beschwerdeweise eingereichten ergänzenden Stellungnahme vom 25. Februar 2014
betreffend den vorgenannten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers im Z. ___
hielten die beurteilende n Fachärzte fest, die vorgenannte Differenzialdiagnose beziehe sich
auf die anamnestischen Angaben einer depressiven Verstimmung, welche bis in die
Kindheit zurückrei chend sei und mehrere Jahre angedauert habe, was formal den
Diagnosekrite rien ei ner Dysthymie entsprechen würde . Sodann sei der Beschwerdeführer
auf grund seines Kindheitstraumas in verschiedenen Lebensbereichen beeinträchtigt. So
etwa hinsichtlich seiner Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, seiner Flexi-
bilität und Umstellungsfähigkeit, seiner

Selbstbehauptungsfähigkeit oh ne sozialverletzendes Verhalten sowie seiner Fähigkeit zu
familiären bezie hungsweise intimen Beziehungen. Aufgrund dieser schweren
Beeinträchtigung en bestehe ihres Erachtens neben der affektiven Erkrankung eine Störung
auf Persönlichkeitsebene, welche genauer zu explorieren sei. Diese Beeinträchtigung en
hätten bereits vor Auftreten der depressiven Erkrankung bestanden, so dass sie als
aufrechterhaltende Faktoren für die affektive Erkrankung angesehen werden müsst e n und
deren Länge und Schwere miterklären würden (Urk. 3/2). 5. 5.1

Aufgrund der vorliegenden

medizinischen Akten kann nicht abschliessend beur teilt werden, ob beim
Beschwerdeführer ein versicherungsrelevanter Gesundheitsschaden besteht.

5.2

Der Bericht von Dr. B. ___ datiert vom 1. Dezember 2012 und kann damit nicht als aktuelle
Entscheidungsgrundlage für die angefochtene Verfügung vom 3 0. Januar 2014
herangezogen werden. Insbesondere hat sich die Einschätzung von Dr. B. ___ , wonach sich
die depressive Symptomatik und die damit begrün dete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit
bis spätestens Ende Mai 2013 (Urk. 8/19/7) vollständig remittieren werde ,

nach Lage der Akten nicht bewahr heitet . So d iagnostizierte

RAD-Arzt D.____

mit Untersuchungsbericht vom 22. Juli 2013 erneut eine mittelgradige depressive Episode und begab sich der Beschwerdeführer

im August 2013 zur stationären Behandlung ins

Z.____ (Urk. 8/24/6, Urk. 8/34, E. 4.5f .).

5.3

Weiter vermag die Diagnose einer anhaltenden schweren depressiven Episode gemäss Bericht en

von Dr. A.____ vom 5. Mai 2013 (Urk. 8/22) und 4. Mai 2012 (Urk. 8/13) sowie Stellungnahme von Dr. Y.____

vom 3. September 2013 (Urk. 8/34) mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer jedenfalls bis Juli 2013 noch zu 50 % arbeitete (Urk. 8/24/1) und die in Anspruch genommene psychiatrische Therapie mit der vierzehntägigen Sitzungsfrequenz (Urk. 8/22/3 und Urk. 8/13/3) wenig intensiv ist, kaum zu überzeugen. Letzteres umso weniger in Kombination mit der Differenzialdiagnose einer Dysthymie , bezüglich welcher das Bundesgericht verschiedentlich festgehalten hat, dass diese nach der im gebräuchlichen ICD-Klassifikationssystem enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung ist, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittel gradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2013 vom 6. März 2014 E. 6.2 mit Hinweisen). Kommt hinzu, dass es sich bei Dr. A.____ um die behandelnde Psychiaterin handelt und das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat , dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). 5.4

Die angeblichen (schweren) Beeinträchtigungen in diversen Lebensbereichen, so etwa hinsichtlich seiner Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit ohne sozialverletzendes Verhalten sowie Kontaktfähigkeit zu Dritten gemäss Stellungnahme der Ärzteschaft des Z.____

vom 25. Februar 2014 (Urk. 3/2) erscheinen mit Blick auf die Berufsbiographie des Beschwerdeführers, namentlich seiner langjährigen

beeindruckenden

Performance und Leistungsfähigkeit als Unternehmensberater, im Rahmen welcher er nach eigenen Angaben immer in Kontakt mit den Führungspersonen der Firmen stand (Urk. 8/25/4), wenig glaubhaft. Indem die behaupteten Beeinträchtigungen angeblich bereits vor Auftreten der depressiven Erkrankung bestanden hätten, ist im Übrigen auch nicht einsichtig, inwiefern sich eine allfällig vorhandene Persönlichkeitsstörung einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken sollte. 5.5

Schliesslich bleibt unklar , auf welches Pensum die ärztlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen Bezug nehmen. So arbeitete

der Beschwerdeführer bis zum Eintritt seiner Leistungseinbusse nach eigenen Angaben an sieben Tagen pro Woche täglich 10-11 Stunden (Urk. 8/25/5). 5.6

Zusammenfassend

lag der angefochtenen Verfügung ein hinreichend abgeklärter medizinischer Sachverhalt zugrunde, welcher eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt hätte. Mithin kann mit Blick auf die vom RAD-Arzt im Juli 2013 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sowie Hospitalisation des Beschwerdeführers im August 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass im Zeitpunkt des Verfügungserlasses ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden bestanden hat.

In Anbetracht dieser Erwägungen ist eine umfassende psychiatrische Abklärung unter Einschluss der Frage, inwiefern sich ein allenfalls beim Beschwerdeführer vorliegender psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt, angezeigt. Dabei wird der beurteilende Facharzt entsprechend der neuen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015) auch zu den neuen Indikatoren Stellung zu beziehen haben.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen und der angefochtene Entscheid aufzuheben. 6.

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