

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00280 vom 31. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00280

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00280 du 31 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00280 del 31 marzo 2015

Erwägungen

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]). 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

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art.

E. 1.4

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

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung werden leicht- bis mittelgradige Episoden einer Depression und selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig nicht als von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, die es der betroffenen Person verunmöglicht, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden. Daran ändert nichts, wenn die depressive Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil

9C_856/2013 vom 8.

Oktober 2014 E. 5.1.2).

„Burn out“ als solches fällt nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen; es stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit Hinweisen).

Eine diagnostizierte rezidivierende depressive Störung als solche stellt keinen psychischen Gesundheitszustand dar, der eine Arbeitsunfähigkeit dauerhaft zu begründen vermag (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2).

Praxisgemäss ist eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2). Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen aus dem depressiven Formenkreis gelten zudem grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2013 vom 4. März 2014

E. 3.6.1 mit Hinweisen). Bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) verneint das Bundesgericht regelmässig deren invalidisierende Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E.

E. 1.6

hier vor).

E. 1.7

Die Rechtsprechung hat seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (be gutachtenden) Mediziners ist erstens, 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 die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit 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 (BGE 140 V 193 E. 3.2). 2.

E. 2

).

Vom 28. Januar 1986 bis zur Kündigung durch die Arbeitgeberin per 28. Februar 2013 arbeitete er zudem als Kursleiter und Fachberater Informatik bei der A.____ in einem Teilzeit pensum (Urk. 8/

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 6. Februar 2014 (Urk. 2) dafür, dass keine gesundheitlichen Einschränkungen bestünden, welche eine länger andauernde Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermöchten und ein invalidenversicherungsrechtlicher Gesundheitsschaden nicht ausgemessen sei (vgl. auch Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 4 f., Urk. 13 S. 13 Ziff. 22, S.

E. 4

, Urk. 8/10)

meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine Erschöpfungsdepression seit 1. Januar 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, führte am 13. November 2011 (Urk. 8/11) ein Standortgespräch durch und

holte einen

Auszug aus dem individuellen Konto (IK- Auszug vom 13. November 2012, Urk. 8/12) ein. Am 13. November 2012 (Urk. 8/13) teilte sie dem Versicherten mit, dass zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien. Sodann zog sie

die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 8/16), holte Auskünfte der Arbeitgeber (Urk. 8/20, Urk.

E. 4.1

Das Gutachten von Dr. B.____ vom 12. November 2013 (E. 3.4 hievore) äussert sich umfassend zu den psychischen

Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es basiert auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und erging in Kenntnis der medizinischen Vorakten. Insbesondere setzte sich Dr. B.____ auch mit den Berichten des behandelnden Dr. C.____ sowie der psychiatrischen Kurzbeurteilung von Dr. E.____ auseinander (Urk. 8/37 S. 12 f., E. 3.6 hievore). Der Gutachter legte anhand der von ihm erhobenen Befunde und der durchgeführten Tests in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dar, dass beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht keine gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Die Expertise von Dr. B.____ entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E.

E. 4.2

Die Berichte des behandelnden Dr. C.____ (E. 3.2 und E. 3.5 hievor) sowie der Bericht von Dr. E.____

(E. 3.3 hievor) stellen die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage:

E. 4.2.1

Was den Bericht vom 29. Mai 2013 (E. 3.2 hievor) des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ anbelangt , so ist die Auffassung von

Dr. B.____ (vgl. Urk. 8/37 S. 12) zu teilen, dass die Diagnosestellung einer Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen im Sinne eines Burnout-Syndroms (ICD-10 F43.2) beziehungsweise einer rezidivierenden psychischen Störung widersprüchlich ist. Zudem hielt Dr. C.____

selbst in der Stellungnahme vom 17. Januar 2014 (E. 3.5

hievor), in der er das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode , belegen wollte , fest, dass nur teilweise eine depressive Störung vorliege, was wiederum für die von Dr. B.____ genannte Diagnose einer Neurasthenie spricht (vgl. dazu E. 3.6 hievor) . Zudem hob auch der behandelnde Dr. C.____ hervor, dass – neben einem verminderten Antrieb - eine gesteigerte Ermüdbarkeit am deutlichsten habe objektiviert werden können (vgl. dazu E. 3.5 hievor), was wiederum für das Vorliegen der durch Dr. B.____ diagnostizierten Neurasthenie spricht.

E. 4.2.2

Hinsichtlich der psychiatrischen Kurzbeurteilung von Dr. E.____

vom 18. Juni 2013 (E. 3.3 hievor) ist festzuhalten, dass die Einschätzung , wonach der Beschwerde führer noch zu 30 % arbeitsfähig sein soll, angesichts der erhobenen psychischen Befunde wenig überzeugt, zumal nur leichte Beeinträchtigungen der Schwingungsfähigkeit, der Affektlabilität bei ihn belastenden Themen und eine leichte depressive Ängstlichkeit mit reduziertem Antrieb und damit diskrete Befunde erhoben wurden.

E. 4.3

Selbst wenn man mit Dr. C.____

(E. 3.2, E. 3.5 hievor) und Dr. E.____ (E. 3.3 hievor) und in Abweichung von Dr. B.____ (E. 3.4 hievor) von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ausginge, würde dies in Anbetracht der Tatsache, dass selbst mittel gradige depressive Episoden praxisgemäss regelmässig als keine von depressiven Verstimmungs zuständen klar unterscheidbare andauernde Depression betrachtet werden, nichts an der ver sicherungs rechtliche n Beur teilung ändern .

Bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 32.1) verneint das Bundesgericht regelmässig deren in validisierende Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen). Leichte bis höchstens mittel schwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angehenbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_759/2013 vom 4. März 2014 E. 3.6.1, 9C_626/2013 vom 18. Februar 2014 mit Hinweis, 8C_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.5 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1, je mit weiteren Hinweisen). Daran ändert nichts , dass die von Dr. C.____ diagnostizierte depressive Episode mittleren Grades vor liegend vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C_104/2014 vom 26. Juni 2014 E. 3.3.4 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil 9C_856/2013 vom 8. Oktober 2014 E. 5.1.2), zumal angesichts der Therapieintervalle (laut Angaben des Beschwerdeführers alle ein bis drei Wochen [Urk. 13 S. 9 Ziff. 14]; alle ein bis zwei Wochen [Urk. 8/31 S. 2])

kaum von einer konsequenten ambulanten Therapie gesprochen werden kann, die letztlich infolge Resistenz der Krankheit als gescheitert betrachtet werden müsste (vgl. dazu Urteil 9C_454/2013 des Bundesgerichts vom 29. Oktober 2013 E. 4.1, 9C_667/2013 vom 29. April 2014 E. 4.3.2 mit weiteren Hinweisen und 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1 im Zusammenhang mit der Beurteilung einer Komorbidität im Rahmen einer Schmerzproblematik; Urteil 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2).

Das Gesagte gilt umso mehr, als sich der Beschwerdeführer

vor Verfügungserlass am 6. Februar 2014 (Urk. 2) ausweislich der Akten auch noch nie hat stationär behandeln lassen. Die stationäre Behandlung in der Klinik J.____ vom 21. Juli bis zum 19. August 2014 fand erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung statt (E. 3.8).

Folglich vermöchte der Gesundheitsschaden selbst aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, keine andauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Schliesslich verneint das Bundesgericht auch bei einer Anpassungsstörung regelmässig deren in validisierende Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 9C_408/2010 vom 22. November 2010 E.

4.3, 8C_322/2010 vom 9. August 2010 E. 5.2 und 9C_65/2007 vom 30. November 2007 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem vom Beschwerdeführer geschilderten, aktiven Tagesablauf beziehungsweise aus seinem Freizeitverhalten, welches laut Bundesgericht in die Beurteilung miteinzubeziehen ist (BGE 140 V 290 E.

3.3.2), und auch anstandslos funktioniert (vgl. dazu Urk. 8/37 S. 6; Urk. 8/31 S. 2 Ziff. 5).

Nach dem Gesagten bleibt das psychische Leiden aufgrund der

gestellten Diagnose ohne in validen versicherungsrechtliche Relevanz und stellt keinen in validisierenden Gesundheitsschaden dar. 4.4

Was die organische Komponente anbelangt, so ist bezüglich des Berichtes vom 22. Mai 2014 (E. 3.7 hievore) festzuhalten, dass Dr. K.____ in ihrem Bericht über die Hospitalisation vom 21. Juli bis zum 19. August 2014 die von Dr. G.____

vermutete organischen Problematik während des stationären Aufenthaltes nicht hat bestätigen können, wurden doch unaufräglich Laborbefunde erhoben.

Insofern erübrigen sich auch weitere Abklärungen in somatischer Hinsicht.

4.5

Bei dieser Sachlage ist nicht ersichtlich, inwiefern weitere Erhebungen neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnten, sodass

darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 162 E. 1d).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist vor die sem Hintergrund auch nicht von einer Verletzung des Untersuchungs grund sat zes auszugehen. 4 . 6

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die Beurteilung von Dr. B.____ mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahr schein lichkeit erstellt, dass kein die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesund heits schad en vorliegt . 5 .

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu bean standen und die Beschwerde abzuweisen ist. 6 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Adrian Zogg - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

E. 8

/24) und einen medizinische n Bericht (Urk. 8/ 29) ein . In der Folge veranlasste sie eine psychi atrische Begutachtung durch Dr. med. B.____ , FMH für Psychiatrie und Psy chotherapie (Gutachten vom 1 2. November 2013 [Urk. 8/37]). Mit Vor be scheid vom 22. November 2013 (Urk. 8/39) stellte die IV-Stelle die Ab weisung des Leistungs begehrens in Aussicht. Nach Prüfung der Einwände (Urk. 8/45-46, Urk. 8/48) forderte die IV-Stelle Dr. B.____

zur Stellungnahme zum vom Ver si cherten aufgelegten Bericht

von Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 17. Januar 2014 (Urk. 8/46) auf (Stellungnahme vom 29. Januar 2014 [Urk. 8/53]).

Mit Verfügung vom 6. Februar 2014 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf eine Rente.

2.

Dagegen erhob der Versicherte am 7. März 2014 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung einer Rente (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 17. April 2014 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

Replicando hielt der Beschwerdeführer an seinen gestellten Anträgen fest (Urk.

E. 13

). Am 17. September 2014 (Urk. 17) teilte die Beschwerdegegnerin ihren Verzicht auf eine Duplik mit, was dem Beschwerdeführer am 19. September 2014 (Urk. 18) zur Kenntnis gebracht wurde. 3.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 16

Ziff. 29), auf das Gutachten von Dr. B.____ könne nicht abgestellt werden, da es diametral zu den Beurteilungen der anderen Ärzte stehe und auf einer nicht umfassenden Abklärung beruhe. Die Beschwerdegegnerin hätte zu mindest die Diskrepanzen mit weiteren Abklärungen aus der Welt schaffen müssen. Schliesslich hätte man ihn auch aufgrund der vorliegenden organischen Störung internistisch abklären müssen. 3. 3.1

Im Bericht vom 6. Juli 2012 (Urk. 8/28)

diagnostizierten die Ärzte der Klinik D.____, Zentrum für Rehabilitation und Nachbehandlung, gestützt auf die Hospitalisation vom 18. bis 30. Juni 2012 eine Sigmadivertikulitis

perforata mit eitriger Peritonitis (Hinchey III) bei Status nach Sigmaresektion, protektiver

Ileostomie am 7. Juni 2012 und attestierten vom 7. Juni bis 15. Juli 2012 eine Arbeitsunfähigkeit. Als Nebendiagnosen nannten sie ein Asthma bronchiale und ein Burnout-Syndrom. 3.2

Der behandelnde Psychiater Dr. C.____ nannte am 29. Mai 2013 (Urk. 8/29) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit depressiven Symptomen im Sinne eines Burnout-Syndroms (ICD-10 F43.2) beziehungsweise rezidivierende depressive Störungen (ICD-10 F33.1) und einen Status nach Sigmaresektion und protektiver Ileostomie bei Sigmadivertikulitis

perforata mit eitriger Peritonitis am 7. Juni 2012 sowie Schliessung des Ileostomas (Ende August 2012). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein Asthma bronchiale.

Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Informatiker und Kursleiter folgende Arbeitsunfähigkeiten: 80 % vom 1. März bis 6. Juni 2012, 100 % vom 7. Juni bis 19. August 2012, 80 % vom 20. August bis 30. April 2013 und 70 % vom 1. Mai 2013 bis auf weiteres. Als Einschränkungen hielt er eine rasche Erschöpfbarkeit, eine niedrige Belastbarkeit und Frustrationstoleranz und zum Teil Konzentrationsschwierigkeiten fest. Durch die Einschränkungen könne nur eine reduzierte Anzahl Unter richts tun den bewältigt werden und die Erholungs- beziehungsweise Regenerationsphasen seien deutlich länger. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zurzeit circa vier bis acht Stunden pro Woche zumutbar mit einer späteren Steigerung auf

eventuell bis zu zwölf bis sechzehn Stunden pro Woche.

Ergänzend hielt Dr. C.____ fest, der Beschwerdeführer zeige generell eine hohe Compliance, nehme seine Termine sehr regelmässig und pünktlich wahr und habe eine gute Reflexionsfähigkeit. Er sei sehr motiviert, bestmöglichst mitzuarbeiten beziehungsweise die Voraussetzungen zu schaffen, damit eine höhere Belastbarkeit beziehungsweise Arbeitsfähigkeit in seinem Ressourcen- und Kompetenzbereich in absehbarer Zeit wieder möglich werde. Die einzelnen Arbeits ein sätze sollten zurzeit zwei bis vier Stunden pro Tag nicht überschreiten. Der Beschwerdeführer bedürfe genügend Zeit zwischen den Arbeits ein sätzen für die Regeneration beziehungsweise zur Erholung und anderweitiger Aktivierung. Unter zu grosser Belastung würden sich rasch Erschöpfungs symptome einstellen. Bei zu rascher Steigerung der Anforderungen bestehe die Gefahr einer erneuten Dekompensation.

Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von derzeit 30 auf mindestens 50 %, eventuell bis zu 60-70 % sei in den kommenden Monaten beziehungsweise ein ein halb Jahren zu erwarten. Es sei derzeit eher unwahrscheinlich, dass wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden könne. Reintegrations massnahmen im Sinne eines Belastungs trainings oder gar einer Umschulung würden wohl nicht zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit beitragen. An und für sich sei seine jetzige Tätigkeit als Kursleiter und in der eigenen Firma Tätiger mit bereits existierenden Projekten ideal, um die Belastung schrittweise zu steigern und den Wechsel zwischen höherer Konzentration und Entspannung beziehungsweise Pausen zu ermöglichen. 3. 3

In der psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 18. Juni 2013 (Urk. 8/31), welche vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegeben wurde, diagnostizierte Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, F.____, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach einem Erschöpfungssyndrom (Burnout-Syndrom; ICD-10 Z73.0) und eine sonstige rezidivierende depressive Störung (Erstdiagnose im Jahr 2010) mit Reaktivierung im Jahr 2012.

Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit hielt Dr. E.____ fest, dass auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.____ abgestellt werden könne und der Beschwerdeführer derzeit zu 30 % arbeitsfähig sei. Ab circa September sei mit einer 40%igen und ab Ende Jahr mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Diese Angaben würden sich auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kursleiter sowie auf eine angepasste Tätigkeit sowie auf ein 100 % -Pensum beziehen. Bei einer rascheren Steigerung des Pensums sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer erneuten Dekompensation auszugehen. Psychosoziale und sozio kulturelle Faktoren seien bei dieser Beurteilung bereits ausgeklammert. Schliesslich

empfahl sie eine erneute Evaluation im Januar 2014. 3. 4

Im psychiatrischen Gutachten vom 12. November 2013 (Urk. 8/37) hielt Dr. B.____ fest,

die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht durch die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) ausreichend und vollständig erklärbar. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv sehr gering ausgeprägten und vor allem rein subjektiv beschreibbaren Defizite sei medizinisch zumutbar. Eine relevante (>20 % von 100 %) Arbeitsunfähigkeit sei dadurch nicht begründbar. Die Kriterien für eine depressive Episode gemäss ICD-10 F33 seien nicht erfüllt (S. 14). Von dieser Beurteilung könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sicher ab der aktuellen Untersuchung vom 14. Oktober 2013 und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Juni 2013 (Kurzbeurteilung vom 18. Juni 2013 von Dr. E.____) ausgegangen werden. Für die Zeit zwischen März 2012 und Juni 2013 sei aufgrund unzureichender Dokumentation keine Schätzung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich (S. 17 Ziff. 9).

Bei seiner ärztlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit habe er auch krankheitsfremde Gesichtspunkte (psychosoziale Aspekte wie Lebensalter, Lage am Arbeitsmarkt, persönliche Berufswünsche, finanzielle Sorgen

/

Schulden, Konflikte mit der A.____ / Familie / Lebenspartnerin etc.) mit Bedacht und von krankheitsbedingten, objektivierbaren Befunden abgegrenzt. Diese krankheitsfremden Gesichtspunkte seien vor allem von therapeutischer Relevanz und seien nicht in die medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen, würden aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Diskrepanz zwischen der subjektiven und der objektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit erklären. Zudem würden sie auch (als nicht krankheitsbedingte Faktoren) die medizinisch zumutbare und tatsächlich mögliche Willensanstrengung zur Überwindung der Defizite behindern (S. 16 Ziff. 8). 3.5

In seiner Stellungnahme vom 17. Januar 2014 (Urk. 8/46, vgl. dazu auch Urk. 8/45) zur psychiatrischen Begutachtung von Dr. B.____ vom 12. November 2013 hielt Dr. C.____ fest, entgegen der Beurteilung von Dr. B.____ liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, vor. Es liege teilweise eine depressive Stimmung vor und der Interessen- oder Freudverlust an Aktivitäten sei durchaus nachweisbar. Am deutlichsten seien aber ein verminderter Antrieb und eine gesteigerte Ermüdbarkeit objektivierbar. Als Zusatzsymptome hob er zudem einen teilweisen Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls, Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens (auf tretend bei etwas grösserer beziehungsweise intensiverer Belastung), zum Teil psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung, Schlafstörungen aller Art und einen zeitweise deutlichen Appetitverlust. Überdies habe die sorgfältige aktuelle Reevaluation der Montgomery and

Åsperg Depression Rating Scale (MADRS)

ein wesentlich anderes Bild ergeben, als es der Gutachter dargestellt habe (7 Punkte). Bei Zurückhalten der Einschätzung habe die Evaluation der MADRS

E. 18

bis 23 Punkte ergeben, was einer leichten (> 14) bis mittelschweren (>19) depressiven Störung entspricht. Der Beschwerdeführer leide seit über zwei Jahren unter einer deutlichen

emotionalen Niedergestimmtheit und Leistungsverminderung verbunden mit deutlich reduzierter Spannkraft und schneller Erschöpfbarkeit sowie zeitweise deutlich ausgeprägten Konzentrations einbußen. Das habe zu einer erheblichen Einschränkung seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit geführt. 3. 6

In seiner Stellungnahme vom 29. Januar 2014 (Urk. 8/53) führte Dr. B.____ zum Bericht vom 17. Januar 2014 (E. 3. 5

hier vor) aus, der behandelnde Dr. C.____ habe weder neue objektive psychopathologische Befunde genannt noch sei seine „Reevaluation der MADRS“ nachvollziehbar. Insbesondere seien das Erhebungsdatum und die Einzelergebnisse unbekannt. Zudem halte Dr. C.____ selbst fest, dass „die depressive Stimmung teilweise“ vorhanden sei

und somit das Eingangskriterium für eine depressive Störung gerade nicht erfüllt sei. Jedenfalls sei die von Dr. C.____ objektivierte Antriebsminderung im Untersuchungszeitpunkt am 14. Oktober 2013 nicht vorhanden gewesen. 3. 7

Im Bericht vom 22. Mai 2014 (Urk. 14/2) hielt der seit 4. September 2013 behandelnde Dr. med. G.____, Arzt für Allgemeine Medizin, H.____, fest, es lägen Stoffwechselstörungen mit einem Adrenalin- Fatigue, einer Neurotransmitterdysbalance und einer ausgeprägten Regulationsstörung des vegetativen Nervensystems vor. Die Störungen hätten labortechnisch

auch objektiviert werden können. Er nannte folgende ICD-10 Codierungen: E 34.8 (Cortison- Dysbalance; sonstige näher bezeichnete endokrine Störungen), G90.8 (sonstige Krankheiten des autonomen Nervensystems), T78.8 (sonstige unerwünschte Nebenwirkungen einer chirurgischen und medizinischen Behandlung ohne nähere Angaben), F06.3 (organische affektive Störungen).

Es könne von einer organischen Problematik ausgegangen werden. Mittels einer rein auf die Psyche ausgerichteten Behandlung könnten die nachgewiesenen körperlichen/organischen Störungen nicht korrigiert werden. Das erkläre auch den mangelnden Erfolg der bisherigen therapeutischen Massnahme.

Die aktuelle Arbeitsfähigkeit betrage 30%. Nun stehe eine stationäre Behandlung an. Während der stationären Behandlung betrage die Arbeitsfähigkeit 0%. Da nach sei die Arbeitsfähigkeit neu einzuschätzen.

3. 8

Im Bericht vom 19. August 2014 (Urk. 14/3) der I.____ über die Hospitalisation vom 21. Juli bis zum 19. August 2014 in der Klinik J.____ nannte Dr. med. K.____, Chefärztin, als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) und attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den Klinikaufenthalt und eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit ab 20. August 2014. Als Nebendiagnose nannte sie ein nicht näher bezeichnetes Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9). Schliesslich erhob sie unauffällige Laborbefunde. 4.

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