

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00800 vom 24. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00800

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00800 du 24 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00800 del 24 novembre 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, erlernte den Beruf des Kochs, absolvierte die Schweizerische Hotelfachschule und bildete sich im Bereich Unternehmensführung weiter. Er arbeitete vorwiegend im Gastgewerbe und bekleidete zuletzt seit 1. Juni 2009 in einem Pensum von 60 % die Position des Leiters Projekte/Gastronomie bei der

Y.____ AG (Gruppe mit 13 Hotels); daneben absolvierte er verschiedene Ausbildungen, ab 2011 an der Fachhochschule Z.____

(Urk. 8/4 S. 1 und Urk. 8/32 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.9). Nach einer Meldung zur Früherfassung durch den Krankentaggeldversicherer vom 21. Mai 2012 (Urk. 8/1) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Burnout/Depression am 14. Juni 2012 (Urk. 8/5 Ziff. 6.2) selber bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zog Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 8/17), führte mit dem Versicherten (sowie Ärzten und der Arbeitgeberin) verschiedene Gespräche betreffend Arbeitsvermittlung/Arbeitsplatzerhaltung (Urk. 8/42) und tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, beinhaltend die Einholung des Gutachtens von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. Januar 2014 (Urk. 8/36).

Mit Vorbescheid vom 24. Februar 2014 (Urk. 8/40) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte am 24. März 2014 (Urk. 8/44) und 22. Mai 2014 (Urk. 8/48) unter Auflage eines Berichts von Dr. med. B.____, Oberarzt an der psychiatrischen Klinik C.____, vom 13. Mai 2014 (Urk. 8/47/1-6) Einwand erhob. Am 17. Juni 2014 (Urk. 2) verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne.

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). Sie 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

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. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 18. August 2014 unter Auflage eines Berichts von Dr. B. vom 12. August 2014 (Urk. 3) Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung vom 17. Juni 2014 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. Januar 2013 eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 24. September 2014 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 25. September 2014 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht wurde. Am 9. November 2015 (Urk. 10) wurde die Helvetia Schweizerische Lebensversicherungsgesellschaft AG zum Prozess beigeladen, welche am 18. November 2015 (Urk. 12) auf eine Stellungnahme verzichtete. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen seien überwindbar und aus versicherungsmedizinischer Sicht liege keine langanhaltende psychische Störung vor, welche sich längerfristig oder dauerhaft auf die bisherige Tätigkeit auswirke (Urk. 2,

Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bemängelte das eingeholte psychiatrische Gutachten (Urk. 1 S. 7) und brachte vor, der psychische Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit halte seit mindestens September 2011 an, weshalb es sich um einen langandauernden und invalidisierenden Gesundheitsschaden handle (S.

4

f.). 3. 3.1

Die Fachpersonen der Klinik D.____ wo der Beschwerdeführer vom 2 5. Juli bis 1 6. Oktober 2012 hospitalisiert gewesen war, verwiesen in ihrem Austrittsbericht vom 1 9. November 2012 (Urk. 8/20/5-9) auf die stationäre Vorbehandlung im Sanatorium E.____ (sieben Wochen im Herbst 2011 und drei Wochen im Frühling 2012). Sie diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit synthymen psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.30), einen Alkoholmissbrauch, gegenwärtig im geschützten Rahmen abstinent (ICD-10: F10.1), eine Anpassungsstörung , vorwiegend Störung des affektiven Erlebens (ICD-10: F43.23), eine narzisstische Persönlichkeitsentwicklung (ICD-10: F60.80), Beziehungsprobleme in der Partnerschaft (ICD-10: Z63.0) sowie existentielle Ängste, vorwiegend beruflich (ICD-10: Z63, S. 1).

Sie berichteten über das durchgeführte multimodale Therapieprogramm, wobei eine Verbesserung der Körperwahrnehmung habe erreicht werden können, und attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Hospitalisation sowie bis 14 Tage nach Austritt (S. 4 f.). 3.2 3.2.1

Anlässlich der Begutachtung bei Dr. A.____ (Expertise vom 1 6. Januar 2014, Urk. 8/36) beschrieb sich der Beschwerdeführer als unruhig und in der Konzentration gestört. Aktuell werde er in der Tagesklinik für Affektkranke der Klinik C.____ behandelt. Er habe wenig über sich gelernt und sei in der Tagesklinik nicht richtig präsent. Für ihn sei es Stress, den ganzen Tag in der Tagesklinik zu sein. Anschliessend lege er sich hin. Er sei beschäftigt mit Gedankenkreisen um seine Situation und um die finanziellen Sorgen. Bereits bei einfachen alltäglichen Entscheidungen sei er ambivalent. Unter Medikamenten könne er einigermassen schlafen, wache jedoch bereits früh morgens gegen 4 Uhr auf und sei tagsüber müde. Bereits gegen 20 Uhr gehe er ins Bett. Unter Medikation sei sein Appetit zu stark und er habe zugenommen. Unter Medikation und depressionsbedingt habe seine Libido seit zwei Jahren, nach der Trennung von der Partnerin, abgenommen. Seine Stimmung sei aussichtslos, dunkel und depressiv. Er sei innerlich unruhig und angespannt, so als ob man mit einem Fuss Gas gebe und mit dem anderen Bremse. Für Aktivitäten fehle ihm der Antrieb, etwas zu unternehmen, andererseits sei es aber auch zu anstrengend. Seine Initiativen scheiterten immer wieder, so dass er auch immer weniger unternommen habe, er versuche es gar nicht mehr. Von anderen habe er sich sehr zurückgezogen und die meisten Freundschaften verloren. Er interessiere sich kaum mehr für etwas. Früher habe er Sport getrieben, sei gejoggt und sogar einen Marathon gelaufen, habe Golf gespielt und sei Ski gefahren. Ausserdem habe er gelesen und gerne Bekannte getroffen. Ab und zu denke er an den Tod, dann wäre alles vorbei. Es habe sowieso keinen Sinn mehr. Für ihn sei es ein Schock, alles verloren zu haben, nachdem er 48 Jahre lang funktioniert habe. Jedoch habe ihm das Leben immer wieder Stress bereitet und er habe sich immer wieder überfordert gefühlt (S. 4). 3.2.2

Dr. A.____ schilderte ein klares Bewusstsein des Beschwerdeführers mit vollum fänglich erhaltener Orientierung in allen Qualitäten. Es werde (glaubhaft) über deutliche Konzentrations- und Gedächtnisstörungen berichtet, die jedoch in der Untersuchung nicht sichtbar seien. Die Denkabläufe seien umständlich und auf die gesundheitliche und soziale Situation eingengt. Grübeln und Gedanken drängen würden angegeben. Es bestünden keine Hinweise für Zwänge, Wahnsymptome, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Der Affekt sei mittel bis schwer deprimiert, die Vitalgefühle seien gestört. Es bestünden Hoffnungslosigkeit, Klagsamkeit, innere Unruhe, Insuffizienzgefühle und Ambivalenz. In Antrieb und Psychomotorik zeigten sich schwere Antriebsarmut und -gehemtheit. Gleichzeitig sei der Beschwerdeführer motorisch sehr unruhig und bewege fast pausenlos die Beine, teilweise auch die Hände. Zirkadiane Besonderheiten seien keine erwähnt und auch nicht erfragt worden, seien theoretisch bei einer schweren Depression jedoch in der Regel vorhanden. Sozialer Rückzug und Todesgedanken mit unkonkreten Planungen würden angegeben. Unter Medikation sei der Schlaf relativ wenig gestört, jedoch verkürzt und werde von Früh erwachen beendet. Der Appetit sei zurzeit vermehrt.

Fremdanamnistisch schilderte er Angaben der behandelnden Ärzte der Klinik C.____, wonach der Beschwerdeführer unter einer schweren depressiven Störung und akzentuierten Persönlichkeitszügen leide, narzisstisch, perfektionistisch und selbstunsicher sei. Das klinische Bild entspreche dem, was früher eine endogene Depression genannt worden sei. Er sei extrem schwer zu behandeln und dies, obwohl neun Medikamente inklusive Stimmungsstabilisatoren, Antidepressiva und Antipsychotika eingesetzt worden seien. Seit drei Monaten versuchten sie, dem Beschwerdeführer eine EKT-Serie zu empfehlen, jetzt scheine er zuzusagen. Es gehe ihm mittlerweile eher schlechter. Psychotherapeutisch sei es sehr schwierig, da er wenig aufmache. Es sei wie eine manische Abwehr der Depression. In der Arbeitstherapie sei er sehr schnell überfordert (S. 6). 3.2.3

In seiner Beurteilung (S. 6 f.) wies der Gutachter auf viele Konflikte in der Familie des Beschwerdeführers hin, die oft subtil ausgetragen worden seien, was das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung beeinträchtigen könne. Er selbst habe immer wieder Gewalt erfahren oder sei vernachlässigt worden. Die Eltern hätten sich im 12. Lebensjahr getrennt, ab welchem Zeitpunkt eine Krebserkrankung der Mutter bekannt gewesen sei, für welche innerfamiliär der Beschwerdeführer verantwortlich gemacht worden sei. Der Tod der Mutter im 15. Lebensjahr habe eine schwere Belastung für ihn dargestellt. Bereits in der Kindheit und später auch im Leben habe er sich immer wieder sozial in Randpositionen gefühlt. Mit seinen Arbeitsstellen sei er immer wieder überfordert gewesen. Am ehesten deute dies auf Ich-strukturelle Defizite hin, die zu den wiederholten depressiven Einbrüchen geführt hätten. Die Ich-strukturellen Defizite seien ebenfalls von den Behandlern der Klinik D.____ beschrieben und als geringe Integration in den meisten Bereichen der Ich-Struktur-Achse klassifiziert worden. Auf der phänomenologischen Ebene habe Dr. med. F.____ (von der Klinik C.____) dies mit akzentuierten narzisstischen, perfektionistischen und selbstunsicheren Persönlichkeitszügen und die Behandler der Klinik D.____ mit der narzisstischen Persönlichkeitsstörung abzubilden versucht.

Aufgrund der massiven Auswirkungen auf Privatleben, Beruf und Beziehungen, die bereits in der Kindheit und Jugend begonnen hätten, situationsinadäquat und unflexibel seien und Kognition, Affektivität, Impulskontrolle und zwischenmenschliche Beziehungen betreffen und weder durch eine andere organische noch psychische Störung erklärt werden könnten, entspreche dies einer

Per sön lich keits störung und nicht lediglich akzentuierten Persönlichkeitszügen. Auch wenn die Idee der Behandler nachvollziehbar und richtig erscheine, den Selbstwertas pekt (Narzissmus) ins Zentrum zu rücken, gebe es aus gutachterli cher Sicht keine Informationen, dass die Kriterien der spezifischen narzissti schen Persön lichkeitsstörung oder der ängstlich (vermeidenden) Persönlich keitsstörung vor lägen, wie sie das ICD-10 definiere. Es werde deshalb die Diag nose der Persön lichkeitsstörung , nicht näher bezeichnet (ICD-10: F60.9), bevor zugt.

Vor zwei Jahren habe sich dann im Zusammenhang mit beruflichen und priva ten Problemen eine schwere Depression entwickelt, die sich chronifiziert

habe und sich bislang nicht befriedigend habe behandeln lassen. Im Gegenteil habe sie sich eher verschlechtert. Trotz tagesklinischer, medikamentöser und psy chotherapeutischer Behandlung ergebe sich derzeit keine Verbesserung der Situ ation. Aus gutachterlicher Sicht lasse sich die Depression wie folgt klassifizie ren: Aufgrund des eindrücklichen Verlaufs und der Auswirkungen im Alltag ergebe sich eine schwere Depression. Dies werde untermauert durch das Vorlie gen folgender Symptome: -

depressive Stimmung -

Interessenverlust an früher angenehmen Tätigkeiten -

Antriebshemmung -

Verlust von Selbstvertrauen -

wiederkehrende Todesgedanken -

Klagen über vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen -

psychomotorische Agitiertheit -

Schlafstörungen . 3.2.4

Dr. A.____ diagnostizierte zusammenfassend eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) sowie eine Persönlichkeitsstö rung , nicht näher bezeichnet (ICD-10: F60.9). Differenzialdiagnostisch erwähnte er eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.80) sowie akzentuierte selbstunsichere und narzisstische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1, S. 6). Er befand den Beschwerdeführer als Koch, Hotelmanager wie auch in allen ande ren (angepassten) Tätigkeiten in der freien Wirtschaft als derzeit zu 0 % arbeitsfähig (S. 8). 3.2.5

Schliesslich konstatierte der Experte, es bestünden keine Diskrepanzen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (gegenüber der Einschätzung der C.____ -Ärzte). Im Moment müsse abgewartet werden, ob die therapeutischen Massnahmen doch noch griffen. Trotz Verwendung anderer Diagnosen dürfte jedoch die Einschätzung des klinischen Bildes durch die Behandler und de n Gutachter sehr ähnlich sein. Gegenüber dem Zustand in der Klinik D.____ lägen jetzt keine psychotischen Symptome mehr vor und Alkoholmissbrauch sei kein aktuelles Problem mehr (S. 9). 3.3

Med. prakt. G.____ , Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin hielt am 3 1. Januar 2014 (Urk. 8/39/6-7) fest, aus psychiatrischer Sicht falle auf, dass der Gutachter Dr. A.____ in seiner Psychopathologie schreibe, zirkadiane Besonderheiten seien weder berichtet noch erfragt worden, seien theoretisch bei einer schweren Depression jedoch in der Regel vorhanden. Hier ergebe sich der Verdacht

auf eine Voreingenommenheit des Gutachters im Sinne einer Tendenz zur Diagnose einer schweren Erkrankung. Während die Tagesklinik H.____ (Telefonat vom 19. Dezember 2013) von akzentuierten Persönlichkeitszügen ausgehe, werte der Gutachter diesen Gesundheitsschaden aufgrund der massiven Auswirkungen auf Privatleben, Beruf und Beziehungen als Persönlichkeitsstörung. Hier könne dem Gutachter nicht gefolgt werden, da der Beschwerdeführer beruflich viele Jahre erfolgreich als Koch, Restaurantleiter sowie Leiter Gastronomie gearbeitet und seine längste Beziehung 20 Jahre gedauert habe. Die für eine Persönlichkeitsstörung laut ICD geforderten deutlichen Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen lägen nicht im geforderten Ausmass vor. Die C.____-Tagesklinik habe keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, das Sanatorium E.____ indes schon, die Klinik D.____ eine narzisstische Persönlichkeitsentwicklung. Erstaunlicherweise habe der Gutachter diese untypische Diagnose in wertender Weise als Persönlichkeitsstörung interpretiert ohne zu erwähnen, dass man damit vielleicht nur eine Entwicklung, eine Tendenz zu einer noch nicht voll ausgeprägten Persönlichkeitsstörung meinen könnte. Zur Alkoholproblematik nehme der Gutachter nur bescheidene Stellung.

Med. prakt. G.____ befand die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) als gut nachvollziehbar, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.9) indes nicht. Im Lichte der anderen Berichte sei von narzisstischen, selbstunsicheren Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) auszugehen. Er attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit und ergänzte am 20. Februar 2014 (Urk. 8/32/7), eine depressive Episode sei definitionsgemäss keine anhaltende Störung, sondern vorübergehend, auch wenn sie eine Weile dauern könne. 3.4

Oberarzt Dr. B.____ berichtete am 13. Mai 2014 (Urk. 8/47) zu Händen des Beschwerdeführers über die seit 12. November 2012 dauernde Depressions- und Angstbehandlung an der Tagesklinik der Klinik C.____ (Ziff. 1). Er diagnostizierte eine anhaltende, therapieresistente gemischte affektive Episode bei bipolarer affektiver Störung (Bipolar-II-Störung, ICD-10: F31.6), differenzialdiagnostisch eine anhaltende, therapieresistente schwere depressive Episode bei Rezidivieren der depressiven Störung sowie – als Verdachtsdiagnose – eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1, Ziff. 2).

Den Ausführungen des Dr. A.____ stimmte er insofern zu, als es sich um eine schwere affektive Episode bei einer affektiven Störung handle, seiner Ansicht nach um eine Bipolar-II-Störung, da sich neben der aktuellen gemischten affektiven Episode in der Vorgeschichte eine depressive und wiederholte hypomanische Episoden eruieren liessen. Dabei handle es sich um eine gemischte affektive Episode, d.h. einen sogenannten Mischzustand, bei dem gleichzeitig depressive und (hypo-)manische Symptome vorlägen. Die depressive Symptomatik, die von Dr. A.____

beschrieben werde, liege eindeutig vor. Daneben fänden sich aber auch Symptome, die dem manischen Spektrum zuzuordnen seien (Angetriebenheit, Unruhe, verringertes Schlafbedürfnis). Es handle sich um eine schwere psychische Symptomatik, die fast anhaltend seit Sommer/Herbst 2011 bestehe und mit den bisherigen Therapiemassnahmen nicht richtig verbessert werden könne. Eine Persönlichkeitsstörung könne er – vor allem bei der aktuell bestehenden ausgeprägten affektiven Störung – im Moment nicht diagnostizieren (Ziff. 2.1).

Dr. B.____ bestätigte sodann, dass die Diagnose einer Persönlichkeits stö rung nicht nachvollziehbar sei unter dem Hinweis auf die bestehende gemischte affektive Episode . Eine diesbezügliche Einschätzung müsste nach vollständiger Remission der gemischten Episode erfolgen. Es sei jedoch aus der Biografie und der persönlichen Anamnese des Beschwerdeführers eine Persö nlichkeitsentwicklung ableitbar, die wahrscheinlich die Diagnose akzentuierter Persönlichkeitszüge gestatte (Ziff. 2.2).

Dass die schwere depressive Episode sowie die akzentuierten Persönlichkeits züge ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien, stellte er in Abrede und hielt fest, es handle sich um eine seit Sommer/Herbst 2011 klinisch manifeste und behandlungsbedürftige depressive Symptomatik bei gleichzeitig bestehen den manischen Symptomen, so dass man von einer gemischten Episode bei bipolarer affektiver Störung sprechen sollte. Diese Symptomatik habe sich unter Therapie nicht wesentlich gebessert und sei so ausgeprägt, dass der Beschwerdeführer aktuell nicht arbeitsfähig sei (Ziff. 2.3). Sodann ergänzte er, dass depressive Episoden in aller Regel wieder remittierten. Es gebe jedoch eine nicht geringe Anzahl Patienten, bei denen depressive Störungen einen chronischen Verlauf nehmen könnten. Seiner Ansicht nach handle es sich beim Beschwerde führer um eine therapieresistente, anhaltende gemischte Episode bei bipolarer Störung. Gemischte Episoden zeigten oft eine deutlich schlechtere Therapieres pon s e als rein depressive Episoden. Im Herbst 2010 habe der Beschwerdeführer eine nicht behandlung sbedürftige depressive Episode gehabt, die spontan abgeklungen sei, und in der Vergangenheit wiederholt hypomanische Episoden, die spontan abgeklungen und nicht behandlungsbedürftig gewesen seien. 3.5

Am 1 2. Juni 2014 (Urk. 8/49/2-3) nahm med. prakt. G.____ hierzu Stellung und führte aus, zur Bipolar-II-Störung gehöre definitionsgemäss ein hypomanisches Geschehen in einem besonderen Schweregrad. Vom Gutachter Dr. A.____ wür den jedoch im Wesentlichen depressive Symptome geschildert. Auch Dr. B.____ gebe in seinem Befund einen reduzierten Antrieb an. Das für eine Hypomanie geforderte reduzierte Schlafbedürfnis liege bei Schlafzeiten von 20.00 Uhr bis 04.00 Uhr ebenfalls nicht vor.

Darüber hinaus wies er darauf hin, dass rezidivierende affektive Störungen nur diagnostiziert werden dürften, wenn zuvor krankhafte affektive Störungen auf getreten seien. Wenn Dr. B.____ auf eine nicht behandlungsbedürftige depressive Episode, die spontan abgeklungen sei, verweise, so habe damals kein Geschehen mit Krankheitswert vorgelegen. Nicht jede spontane Stimmung schwankung sei pathologisch. Somit fehle das entscheidende Kriterium, um von einer Rezidivität zu reden. Im Überblick könne daher festgestellt werden, dass nicht genügend viele und nicht genügend schwere hypomanische Symptome vorlägen, um zur Diagnose einer bipolaren affektiven Störung zu gelangen. 3.6

Dr. B.____ hielt am 1 2. August 2014 (Urk. 3) dagegen, die erwähnten hypoma n ischen Beschwerden seien Angetriebenheit mit der Unfähigkeit zu entspannen, Ruhelosigkeit, innere Unruhe und ein verringertes Schlafbedürfnis. Diese gehörten laut ICD-10 zu den diagnostischen Kriterien einer hypoma n i schen oder manischen Episode. Auch leide der Beschwerdeführer an Konzentra tionsstörungen , die sowohl ein diagnostisches Kriterium einer manischen oder depressiven Episode sein könnten. Was weiterhin auffalle , sei, dass der Be schwer deführer trotz seiner ausgeprägten depressiven Stimmung in Gesprächen immer wieder in fast inadäquater Weise zur Depressivität öfters lächle, was einer zeitweise auch gehobenen Stimmung entspreche. Das gemeinsame Auf treten depressiver und hypomanischer Symptome sei ein Versuch, mit der Depressivität zurechtzukommen

(hypomanische Abwehr). Ausserdem habe der Beschwerdeführer bei der Erhebung der Krankheitsvorgeschichte über wiederholte Episoden von länger als vier Tagen Dauer berichtet, in denen er mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit in einem hypomanischen Zustand gewesen sei. Er habe viele Ideen gehabt, etwas unrealistische Geschäftsideen verfolgt, sei ange trieben gewesen, habe eine gesteigerte Aktivität gezeigt und sei nicht recht zur Ruhe gekommen. Diese hypomanischen Episoden seien spontan wieder abgeklungen, was nicht ungewöhnlich sei und den Beschwerdeführer auch nicht veranlasst habe, einen Arzt aufzusuchen, da er sich wohl gefühlt habe und dies nicht als Teil einer Erkrankung gesehen habe. Dies unterstütze zusätzlich die Annahme der Diagnose einer Bipolar-II-Störung (Ziff. 1).

Weiter verwies Dr. B.____ zur Frage der Rezidivität auf eine erstmalige depressive Symptomatik im Herbst 2010, die ohne Behandlung abgeklungen sei, was nicht aussergewöhnlich sei. Ausserdem habe der Beschwerdeführer über wiederholte hypomanische Episoden in der Vergangenheit berichtet (Ziff. 2).

Er bemerkte abschliessend, der Beschwerdeführer leide nunmehr seit Sommer/Herbst 2011 unter einer klinisch manifesten und behandlungsbedürftigen gemischt depressiven/hypomanischen Symptomatik, die temporär nur teilremit tiert und eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bis zum jetzigen Zeitpunkt zur Folge gehabt habe. Trotz leitlinien-orientiertem Einsatz diverser Behandlungsmassnahmen (Psychopharmakotherapie mit verschiedenen Antidepressiva, Lithium, atypische Antipsychotika und Stimmungsstabilisierern , stationäre und teilstationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Elektrokonvulsionstherapie) habe bisher keine signifikante Verbesserung des psychischen Befindens erzielt werden können. Der Beschwerdeführer leide unter folgenden Beschwerden: -

Konzentrationsstörungen und Gedächtnisstörungen -

ausgeprägtes Grübeln und Unfähigkeit, gedanklich abschalten und entspannen zu können ; ständige Gedanken mit Ängsten bezüglich seiner Zukunft -

Stimmung: deprimiert und niedergeschlagen; im Gespräch dann aber zeitweise inadäquat wirkendes Lächeln -

Störung der Vitalgefühle und rasche Erschöpfbarkeit -

Insuffizienzgefühle, vermindertes Selbstwert- und Schamgefühl -

ausgeprägte soziale Rückzugstendenz -

innere Unruhe und Anspannung, innerlich angetrieben, aber gleichzeitig auch blockiert und gehemmt -

Ambivalenz und Zwangsgedanken

Er schloss, der Beschwerdeführer sei im aktuellen Zustand weiterhin nicht arbeitsfähig (Ziff. 3). 4. 4.1

Sämtliche beteiligten Ärzte sind sich einig, dass beim Beschwerdeführer eine massgebliche psychische Pathologie vorliegt. Die Ärzte der Klinik D.____ gingen zur Hauptsache von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit synthymen psychotischen Symptomen, einer Anpassungsstörung sowie einer narzisstischen Persönlichkeitsentwicklung aus und attestierten einstweilen eine vollumfängliche

Arbeitsunfähigkeit (E. 3.1). Der Gutachter Dr. A.____ fasste die Symptomatik als schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie eine Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet (differenzialdiagnostisch: narzisstische Persönlichkeitsstörung), und ging ebenfalls von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus (E. 3.2.4). Dr. B.____ von der Klinik C.____ diagnostizierte eine Bipolar-II-Störung und sah auch keine Arbeitsfähigkeit gegeben (E. 3.4). Schliesslich befand RAD-Arzt med. prakt. G.____ die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome als gut nachvollziehbar und bestätigte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (E. 3.3). 4.2

Die erwähnten diagnostischen Abweichungen fassen nicht auf einer unterschiedlichen Befunderhebung, sondern vielmehr auf einer differentiellen Interpretation der Verhaltensweisen des Beschwerdeführers. Alle Ärzten bemerkten ähnliche Auffälligkeiten des Beschwerdeführers: unruhig, selbstverletzend, ein geengt, Zwangshandlungen, depressive Verstimmung Schuldgefühle, Antriebs hemmung, sozialer Rückzug (Klinik D.____, Urk. 8/20/6-7); gestörte Konzentration, Stress, Gedankenkreisen, Entscheidungsscheu, depressive Stimmung, Todesgedanken (Dr. A.____, E. 3.2.1); Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Grübeln, Unfähigkeit abzuschalten, ständige Gedanken mit Ängsten, deprimierte Stimmung, rasche Erschöpfbarkeit, Insuffizienzgefühle, sozialer Rückzug, innere Unruhe und Anspannung, Ambivalenz und Zwangsgedanken (Dr. B.____, E. 3.6).

Nicht erstaunlich ist deshalb, dass die Ärzte zur Hauptsache auch zur gleichen Diagnose einer schweren depressiven Episode kamen, wobei Dr. B.____ diese nicht isoliert, sondern im Rahmen einer Bipolar-II-Störung stellte. Ähnlichkeiten ergaben sich sodann in der Gewichtung der persönlichkeitsgestörten Verhaltensweisen, wobei Gutachter Dr. A.____ eine Persönlichkeitsstörung erkannte, die Ärzte der Klinik D.____ und Dr. B.____ indes lediglich eine narzisstische Persönlichkeitsentwicklung bzw. akzentuierte Persönlichkeitszüge erwähnten. Wie es sich damit genau verhält, braucht nicht abschliessend beantwortet zu werden, stehen doch die Befunde und die Auswirkungen im Alltag fest. Damit ist auch nicht von entscheidender Bedeutung, wenn med. prakt. G.____ die Abweichungen als nicht im diagnostisch geforderten Ausmass vorliegend erachtete (E. 3.3). Es handelt sich mithin lediglich um eine etwas abweichende Gewichtung. Dr. B.____ verneinte eine Persönlichkeitsstörung unter dem Hinweis auf die bestehenden gemischten affektiven Episoden (E. 3.4), erkannte also durchaus die Auffälligkeiten, sah sie aber im Gesamtbild einer bipolaren Störung. Auch dies führt zum Schluss, dass es sich um eine abweichende Gewichtung an sich fest stehender Befunde handelt. Zur diesbezüglichen Relevanz hält das Bundesgericht in ständiger Rechtsprechung fest, dass nicht die gestellte Diagnose, sondern die Arbeitsfähigkeit

massgebend ist (Urteil 8C_953/2010 vom 29. April 2011 E. 5.2.1

unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E.

4c).

Insofern ist auch die Auseinandersetzung zwischen med. prakt. G.____ und Dr. B.____ über das Bestehen hypomanischer Phasen und damit die Diagnose einer Bipolar-II-Störung nicht von Relevanz. Med. prakt. G.____ ist diesbezüglich insofern Recht zu geben, als sich den Angaben von Dr. B.____ keine konkret dargelegten manischen Phasen entnehmen lassen, sondern dieser vielmehr in allgemeiner Weise auf solche schloss. Auch den anderen beteiligten Ärzten sind keine besonderen Auffälligkeiten im Hinblick auf eine gesteigerte

Aktivität zu entnehmen. Allerdings ist zu bemerken, dass Dr. B.____ als behandelnder Arzt in besonderer Nähe zum Beschwerdeführer steht und die Sachlage demgemäss am detailliertesten kennen dürfte. Da indes die Hauptproblematik in den depressiven Anteilen begründet liegt, hat diese Diskussion akademischen Charakter. 4.3 4.3.1

Im Vordergrund steht nach dem Gesagten eine Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis, welche als schwere depressive Episode bzw. als Bipolar-II-Störung gefasst wurde. 4.3.2

Vorwegzuschicken ist hierzu, dass eine schwere depressive Episode im Sinne von ICD-10 F32.2 grundsätzlich eine vorübergehende Störung bezeichnet (Urteil des Bundesgerichts 9C_947/2012 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.1). Sodann werden nach der Rechtsprechung selbst mittelgradige depressive Episoden regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression betrachtet, weshalb sie in Bezug auf die versicherungsrechtliche Beurteilung nicht massgebend sind. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch angebar (Urteile des Bundesgerichts 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, wenn die depressive Episode mittleren Grades vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2012 vom 13. April 2012 E. 3.2). 4.3.3

Vorliegend war durchwegs von einer schweren und nicht einer mittelgradigen depressiven Episode die Rede, weshalb nicht unbeschrieben von einer Therapierbarkeit ausgegangen werden kann. 4.3.4

Der massgebliche Unterschied in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch med. prakt. G.____ gegenüber sämtlichen übrigen Ärzten besteht darin, dass zwar auch er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierte, indes von keiner dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausging, da eine depressive Episode definitionsgemäss keine anhaltende Störung sei, sondern vorübergehend, auch wenn sie eine Weile dauern könne (E. 3.3). Diese mit der Rechtsprechung in Einklang stehenden Ausführungen sind in dieser absoluten Form jedoch nicht haltbar, berücksichtigen sie doch die Umstände des konkreten Falls zu wenig.

Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer ab 22. September 2011 krankheitshalber der Arbeit fern blieb (Urk. 8/32/3 Ziff. 2.14) und am 30. September 2011 eine erste stationäre Behandlung im Sanatorium E.____ begann (Urk. 8/17/5), wo er bis am 8. November 2011 und erneut vom 17. Februar bis 9. März 2012 behandelt wurde (Urk. 8/25/2 Ziff. 1.3). Zwischen durch ging er wieder seiner Arbeit nach, im Anschluss an den zweimaligen Aufenthalt noch im Umfang von 30 % (Urk. 8/32/3 Ziff. 2.14). Nach der definitiven Arbeitsniederlegung am 24. Juli 2012 (Urk. 8/32/1 Ziff. 2.3) wurde er ab dem folgenden Tag in der Klinik D.____ hospitalisiert (bis am 16. Oktober 2012) und begann ab dem 12. November 2012 eine Depressions- und Angstbehandlung an der Tagesklinik der Klinik C.____ (E. 3.4), welche auch im August 2014 noch nicht erfolgreich war und weiterhin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit zeitigte (E. 3.6).

Dieser Ablauf zeigt, dass der Beschwerdeführer seit September 2011 in psychiatrischer Behandlung steht und – mit Ausnahme von knapp drei Monaten nach der ersten Hospitalisation (Urk. 8/32/3 Ziff. 2.14) – auch vollumfänglich arbeitsunfähig war. Das Attest einer 30%igen Arbeitsfähigkeit vom 20. März bis 24. Juli 2012 erfolgte aus

therapeutischen Gründen, um dem Beschwerdeführer den Wiedereinstieg ins Erwerbsleben zu ermöglichen, faktisch leistete er keine Arbeit in diesem Umfang (Urk. 8/42/5 Eintrag vom 6. Juli 2012 und Urk. 8/42/6 Eintrag vom 13. Juli 2012).

Bei dieser Sachlage kann der depressiven Erkrankung kein vorübergehender Charakter zugeschrieben werden. Im Anschluss an die Wiederausübung der Arbeitstätigkeit nach der ersten Hospitalisation war der Beschwerdeführer ab Wiedereintritt ins Sanatorium E.____ am 17. Februar 2012 vollumfänglich arbeitsunfähig (bzw. zu 70 %). Eine zwischenzeitliche Remission ist den medizinischen Akten nicht zu entnehmen, im Gegenteil verwies zuletzt Dr. B.____ auf die bislang erfolglosen Therapiebemühungen trotz leitlinien-orientiertem Einsatz diverser Behandlungsmassnahmen (E. 3.6). Richtig ist, dass länger (mehr als sechs, selten zwölf Monate) dauernde Störungen recht sprechungsgemäss unter ICD-10 F33 (rezidivierende depressive Störung) oder ICD-10 F34 (anhaltende affektive Störung) erfasst werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2 mit Hinweis). Die hauptsächlich involvierten Ärzte Dr. A.____ und B.____ erwähnten in ihren Diagnosen in der Tat lediglich Episoden schwerer depressiver Störungen, dies jedoch vor dem Hintergrund weitergehender Störungen (Persönlichkeitsstörung [Dr. A.____] bzw. Bipolar-II-Störung [Dr. B.____]). Mithin erkannten sie die schweren depressiven Episoden als Ausdruck der Grunderkrankungen, welche nicht ohne weiteres vorübergehender Natur sind. Damit handelt es sich bei der Diagnosestellung um eine fehlende Präzision in Bezug auf die schwere depressive Störung, welche bei einer Gesamtschau jedoch klar wird, zumal die Behandelbarkeit einer psychischen Störung, für sich allein betrachtet, nichts über deren invalidisierenden Charakter aussagt (BGE 127 V 294 E. 4c). Der Verlauf zeigt vorliegend keine vorübergehende, sondern eine im Verfügungszeitpunkt jeden falls knapp 28 Monate dauernde, therapeutisch (noch) nicht angehbare Störung mit durchgehender vollumfänglicher Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesenen Therapiebemühungen des Beschwerdeführers, welche das Leiden einstweilen als resistent ausweist (Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweis). 4.4

Zusammenfassend steht fest, dass beim Beschwerdeführer eine dauerhafte psychische Erkrankung vorliegt, welche zu einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit führt. Die weitere Einwendung von RAD-Arzt med. prakt. G.____ – neben der diagnostischen Auseinandersetzungen, welche indes ohne Relevanz sind – vermögen an diesen Schlussfolgerungen nichts zu ändern: Soweit er dem Gutachter Dr. A.____ eine Voreingenommenheit im Sinne einer Tendenz zur Diagnose einer schweren Erkrankung unterstellt (E. 3.3), kann ihm nicht gefolgt werden. Vorweg umschreibt eine Voreingenommenheit eine innere Haltung einer Person gegenüber, welche vorliegend nicht erkennbar ist. Dass Dr. A.____ sodann (personenunabhängig) möglichst Wert auf eine schwere Erkrankung legt, erscheint als abwegig. Vielmehr sind seine Darlegungen nachvollziehbar, auch wenn sie – naturgemäss – Interpretationen beinhalten. 5.

Nachdem der Beschwerdeführer im Anschluss an die Hospitalisation im Sanatorium E.____ Ende November 2011 an seinen Arbeitsplatz zurückgekehrt ist und eine Arbeitsunfähigkeit erst wieder ab 17. Februar 2012 attestiert wurde (Urk. 8/23/2, Urk. 8/32/3 Ziff. 2.14, Urk. 8/17/11, Urk. 8/17/2) begann das Wartejahr im Februar 2012 zu laufen (Art. 29ter der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Bei durchgehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit in jeglicher beruflicher Tätigkeit in der freien Wirtschaft steht ihm demgemäss ab 1. Februar 2013 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu, weshalb die

Beschwerde teilweise gutzuheissen ist. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der fast vollständig unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Zudem ist dem praktisch vollständig obsiegenden Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG, in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3

GSVGer) auf Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und

MWSt) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. Juni 2014 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Februar 2013 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 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. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Integration Handicap unter Beilage einer Kopie von Urk.

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. 12

- Bundesamt für Sozialversicherungen - Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG (Vertrag Nr. 46983/Police Nr. 26) 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 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 Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

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