

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00978 vom 2. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00978

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00978 du 2 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00978 del 2 marzo 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1955 geborene X.____ meldete sich – nach erfolgter invali denversicherungsrechtlicher Früherfassung (Urk. 8/2-3) – am 4. September 2013 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/16). Zur Klärung der er werblichen und medizinischen Verhältnisse zog die IV-Stelle einen Auszug aus dem individuellen Konto bei (Urk. 8/22) und holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 8/26) sowie Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 8/ 24 und Urk. 8/28). Mit Vorbescheid vom 2 2. Januar 2014 stellte die IV-Stelle die Ab weisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/33). Nachdem der Versi cherte – vertre ten durch den Rechtsdienst Inclusion Handicap – dagegen Einwand erhoben hatte (Urk. 8/35 und Urk. 8/42), liess ihn die Verwaltung am 1 4. August 2014 (Urk. 8/50) von med. pract . Y.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) psychiatrisch un tersuchen (Urk. 8/52). Mit Verfügung vom 2 0. August 2014 hielt die IV-Stelle – nun insbesondere gestützt auf den RAD-Untersuch ungsbericht – an ihrer im Vorbescheid ange kündigte n Leistungsablehnung fest (Urk. 8/55 = Urk. 2).

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 Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min des tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls 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 arbeits unfähig 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. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 22. September 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei durch das hiesige Gericht nach Einholung eines medizinischen Gutachtens erneut über den Rentenanspruch zu entscheiden (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 29. Oktober 2014 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Gerichtsverfügung vom 5.

November 2014 wurde dem Beschwerdeführer unter Hinweis darauf, dass nach einer ersten summarischen Prüfung der Akten die Abweisung des Leistungsbegehrens mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in Einklang stehe, Gelegenheit gegeben, sich dazu zu äussern (Urk. 9). Am 8. Dezember 2014 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ein (Urk. 11).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenablehnung – unter Hinweis auf die Ergebnisse der Untersuchung durch den RAD-Arzt – im Wesentlichen damit, dass spätestens ab Untersuchungsdatum beim Beschwerdeführer noch eine leichte depressive Episode vorliege, die keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zeitige. Die vom behandelnden Arzt diagnostizierte mittelgradige depressive Episode stelle keinen invalidenversicherungsrelevanten Gesundheitsschaden dar, da aus versicherungsmedizinischer Sicht bei einer depressiven Episode das Kriterium der Dauerhaftigkeit fehle (Urk. 2 S. 2). Im Gerichtsverfahren ergänzte die Beschwerdegegnerin, der RAD-Arzt habe eine wesentliche Besserung der depressiven Symptomatik festgehalten. In Bezug auf die seit 2004 bestehende Angststörung wies sie darauf hin, dass diese über Jahre ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geblieben sei. Der Beschwerdeführer verfüge über positive Ressourcen und die psychosozialen Belastungsfaktoren spielten keine untergeordnete Rolle (Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber zur Hauptsache auf den Standpunkt, eine depressive Episode mittleren Grades, die länger als das Wartejahr andauere, könne einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen. Dies gelte umso mehr, als die seit einem Jahr andauernde, regelmässig durchgeführte psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung zu keiner Verbesserung der Situation geführt habe. Daraus folge, dass das Argument, wonach eine mittelgradige depressive Episode aufgrund ihrer Therapierbarkeit nicht in validisierend sei, vorliegend nicht verfange (Urk. 1 S.

6). In seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2014 gab der Beschwerdeführer an, eine Depression sei nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich dann invalidisierend, wenn sie einerseits einen gewissen Schweregrad und andererseits eine gewisse Dauer erreiche. Um von einer invalidisierenden Wirkung ausgehen zu können, müsse es gemäss den rechtlichen Grundlagen und den fachmedizinischen Definitionen grundsätzlich genügen, wenn eine depressive Episode einen mittelgradigen Schweregrad erreiche – unabhängig davon, ob diese erstmals (ICD-

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

hievore), ohne dass der Beschwerdeführer eine solche aufgenommen hätte. Die Behandlung beim Psychiater Dr. med. D.____ bestand vom 4.

Dezember

2012 bis am 2.

Mai

2013 aus lediglich sieben Therapie Sitzungen (Urk. 8/31 S. 3). Die verschriebenen Medikamente nahm der Beschwerdeführer nicht ein (vgl. Urk. 8/12 S.

2). Die Therapie bei Dr. B.____, die er - trotz der entsprechenden Empfehlung seitens von Dr. A.____ bereits im Sommer 2013 (Urk. 8/12 S.

3) - erst am 6. September

2013 (Urk. 8/28 S.

1) begonnen hat, dauerte bis Verfügungserlass nicht einmal ein Jahr. Dem Bericht vom 4. Dezember 2013 von Dr. B.____ ist zu entnehmen, dass dieser den Beschwerdeführer letztmals am 18. November 2013, mithin mehr als 14 Tage zuvor gesehen hat (Urk. 8/28/1; vgl. dazu auch Angabe des Beschwerdeführers anlässlich der Eingliederungsberatung, Urk. 8/23/2 oben). Diese Behandlungsfrequenz deutet nicht auf einen allzu grossen Leidendruck hin. Überdies erklärte der Beschwerdeführer dem RAD-Arzt, dass er zwischenzeitlich seine Zahlungen umgehend erledigte (Urk. 8/52 S. 5 oben), während er anlässlich des Gesprächs vom 17. Juli 2013 wie auch der Eingliederungsberatung vom 9. Oktober 2013 noch von ungeöffnet herumliegenden Couverts berichtet hatte (Urk.

8/12 S.

3, Urk. 8/23 S. 2).

Daraus erhellt, dass die - fraglich hinreichend konsequente Behandlung – immerhin zu einer Besserung führte. Es kann daher nicht gesagt werden, das Leiden könne therapeutisch nicht angegangen werden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 20. August 2011 E. 5.3.4), weshalb ihm keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden kann. 4.5

Ferner bleibt zu bemerken, dass der Beschwerdeführer zu seinem Tagesablauf befragt angab (Urk. 8/52 S. 2), er werde gewöhnlich um 03.00 Uhr wach, schlafe dann aber wieder weiter bis 06.00, 07.00 oder 08.00 Uhr. Er stehe dann auf und frühstücke. Anschliessend putze er. Bei schönem Wetter gehe er baden oder „sünnele“. Schlechtes Wetter schlage sofort auf seine Stimmung. Zuhause spiele er ab und zu Harmonium und Concertina, was er sich selber beigebracht habe. Entweder koche er oder sein Partner oder man koche gemeinsam ein Mittagessen. Dieses

finde meist um 15.00 Uhr statt. Teilweise nehme er auch ein Picknick ein. Dann löse er Sudokus. Abends gehe er einkaufen. Im E.____ und in der F.____ gebe es dann Verschiedenes zum halben Preis. Abends esse er nur Kleinkleinkheiten wie Cornflakes mit Milch. Später schaue er ab und zu ein Video, werde aber früh müde und gehe um 21.00 Uhr zu Bett. Wegen der Schlafapnoe schlafe er mit einer Maske.

Auch mit Blick auf das vom Beschwerdeführer geschilderte aktive

Freizeitverhalten und die hierfür aufgewendeten Ressourcen ist nicht davon auszugehen, dass die diagnostizierte Depression – unabhängig davon, ob sie als leicht oder mittel schwer gefasst wird – eine erhebliche Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich ziehen würde. 4.6

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliegt. 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden ist. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- 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. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLocher

E. 3.2

Dem Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Allgemeine Inner e Medizin, vom 2 6. Oktober 2013 (Urk. 8/24/1-4) können mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit folgende Diagnosen entnommen werden (S. 1): - ICD-10 F41.4 - Dis kopathie

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilte er nachstehende Diagnosen (S. 1): - Status nach Borreliose - Pilonidalsinus - Schlafapnoe - Analprolaps

Er attestierte für die zuletzt ausgeübte Arbeit vom 6. September bis am 31. Oktober 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Weitere Arbeitsunfähig keits zeiten seien durch den Psychiater zu bestimmen (S. 2) . D ie Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei hingegen vollzeitig möglich (S. 3 f.) .

E. 3.3

Der seit 6.

September 2013 behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 4. Dezember 2013 mit Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mit telgradige depressive Episode mit so ma tischem Syndrom (ICD-10 F32.11). De m schädlic hen Gebrauch von Alkohol und dem Schlafapnoesyndrom mit nächtlicher CPAP-Maskenbeatmung mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei . Er be richtete von einer erheblichen depressiven Symptomatik mit Energielosigkeit,

Lethargie, Perspektivenlosigkeit sowie Libido- und Potenzschwäche. Bei alltäglichen Belastungen sei der Beschwerdeführer rasch überfordert. Es bestehe keine akute Suizidalität bei (anamnestisch) Status nach massiven Suizidimpulsen. In der zuletzt ausgeübten Arbeit als Applikationsentwickler bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 6. September 2013 bis auf weiteres. Mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden, wobei erprobt werden müsse, ab welchem Zeitpunkt dies möglich sei (Urk. 8/28).

E. 3.4

Der nämliche Arzt diagnostizierte am 19. März 2014 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11). Der psychische Gesundheitsschaden hänge nicht von den psychosozialen Belastungsfaktoren – in Form der

Arbeitslosigkeit und des Stellenverlusts im Jahr 2012 – ab. Seit Behandlungsbeginn am 6. September 2013 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Urk. 8/45).

E. 3.5

Gestützt auf die Ergebnisse seiner psychiatrischen Untersuchung konnte med. pract. Y. ___ in seinem Bericht vom 14. August 2014 (Urk. 8/52) keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen stellen. Der leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0), dem Zustand nach Prostataoperation und dem leichten Schlafapnoesyndrom mit CPAP-Beatmung messe er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 4). Er hielt fest, der Beschwerdeführer sei freundlich und bereitwillig im Kontakt sowie voll orientiert gewesen. Sein Gedankengang sei flüssig und zusammenhängend gewesen. Er habe seinen Werdegang und seinen Abschied beim C. ___ flüssig, eigenständig und etwas umständlich dargestellt. Es bestehe kein Anhalt für Sinnestäuschungen, Ichstörungen sowie inhaltliche Denkstörungen. Affektiv sei er verringert schwingungsfähig, berichte aber mit Tränen vom Tod der Mutter. Bei seinen Äusserungen zur beruflichen Situation

habe er vorwurfsvoll gewirkt. Er habe eine geringe Mimik und eine unauffällige Gestik. Über die gesamte 105-minütige Untersuchung sei er aufmerksam und konzentriert gewesen. Seine biografischen Daten seien durchgängig ungenau gewesen. An berufliche Episoden habe er aber genaue Erinnerungen gehabt. Er sei glaubhaft nicht suicidal gewesen (S. 3 f.). Der RAD-Arzt gab weiter an, der von Dr. B. ___ beschriebene erhebliche depressive Befund sei nun wesentlich schwächer ausgeprägt. In seinem knappen Bericht vom 19. Mai 2014 habe der betreffende Psychiater berichtet, es bestehe ein Gesundheitsschaden im Sinne einer Depression. Er habe – ohne weitere Begründung – auch bei fehlender Existenz von psychosozialen Belastungsfaktoren

eine theoretische Remission verneint. Dr. B. ___ lasse bei seiner Einschätzung offen, ob die Depression ohne die Belastungsfaktoren noch so gravierend ausgeprägt wäre, dass sie einen dauernden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Möglich sei daher das Fortbestehen einer leichten Depression ohne Arbeitsunfähigkeit. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte med. pract. Y. ___ aus, spätestens ab Untersuchungszeitpunkt bestehe in der angestammten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 5). 4. 4.1

Aus den medizinischen Akten ist zu schliessen, dass beim Beschwerdeführer die psychischen Beschwerden im Vordergrund stehen und die somatische Problematik keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nach sich zieht (siehe auch Urk. 8/47), was auch der

Beschwerdeführer nicht in Abrede stellte . 4.2

Der auf einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung beruhende, die fallre le vanten Vorakten (darunter Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. B.____) sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende RAD-Bericht von med. pract .

Y.____ vom 14. August 2014 entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4 hievor). Der RAD-Arzt gelangte zur begründeten Schlussfolgerung, dass spätestens ab Untersuchungszeitpunkt eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestehe. Daran ändert nichts (vgl. Urk. 1 S. 4 f.) , dass sich der RAD-Arzt nicht zum vom Hausarzt Dr. A.____ – der über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügt – angeführten Diagnose-Code ICD-10 F41.4 (bestehend seit circa 2004) äussert e , zumal ein solcher in der entsprechenden Klassifikation ohnehin nicht bekannt ist. In einem von med. pract . Y.____ mit Dr. A.____

geführten Telefonat gab Letzterer sodann an, er habe den Beschwerdeführer im Dezember 2012 für belastet in Form einer psychosozialen Problematik, aber nicht für arbeitsunfähig befunden. Seiner Meinung nach solle der Versicherte „endlich wieder rangehen“, weil es ihm inzwischen wieder besser gehe (Urk. 8/31 S.

3). Dem RAD-Arzt war zu dem bekannt, dass der Beschwerdeführer seit 28. März 2012 freigestellt war und vom Arbeitgeber Lohnzahlungen erhielt (Urk. 8/52 S. 1 und S. 3).

In diesem Zusammenhang ist zu ergänzen (vgl. Urk. 1 S. 4) , dass es nach der Rechtsprechung dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt ist, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C _286/2014 vom 8. August 2014 E. 3.3). 4.3

Der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht von Dr. B.____ vom 19. September 2014 (Urk. 3) vermag keine Zweifel an der Beweiskraft des RAD-Untersuchungsberichts zu begründen. Diesem können die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), ein Schlafapnoe-Syndrom mit täglicher CPAP-Therapie, eine Harnröhrenstenose und eine arterielle Hypertonie entnommen werden. Dr. B.____ berichtete über eine erhebliche depressive Symptomatik mit Energielosigkeit, Lethargie, Perspektivenlosigkeit und Libido- sowie Potenzschwäche . Bei alltäglichen Belastungen sei der Beschwerdeführer rasch überfordert. Es bestünden rezidivierende, teils massive Suizidimpulse. Der Versicherte wirke ungepflegt. Er habe keine Tagesstruktur und es sei zu einem sozialen Rückzug gekommen. Trotz intensiver antidepressiver Medikation und dem Einsatz von Stimulantien habe das chronifizierte Beschwerdebild nicht nachhaltig verbessert werden können. Zum RAD-Bericht führte der behandelnde Psychiater aus, es werde in den Befunden eine verminderte affektive Schwingungsfähigkeit und eine verminderte Mimik beschrieben. Im Alltag – so die weiteren Ausführungen von med. pract . Y.____ – sei der Beschwerdeführer auf das Leben mit dem Partner konzentriert (sozialer Rückzug). Der Tagesablauf werde ohne strukturierte Abläufe beschrieben. Die trotz intensiver antidepressiver Medikation erheblichen depressiven Befunde, die sich seit der Berichterstattung im Dezember 2013 nur unwesentlich verändert hätten , seien im Bericht systematisch bagatellisiert worden . Die Kränkung durch die Freistellung 2012, welche in der aktuellen Therapie kaum Thema sei , werde im Bericht als

invalidenversicherungsrechtlich

fremder Belastungsfaktor darstellt. Insgesamt wird der Bericht voreingenommen und mit der Absicht verfasst, den ablehnenden Vorbescheid zu untermauern (Urk. 3).

Hinsichtlich der divergierenden medizinischen Ansichten ist zu bemerken, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_79/2008 vom 19. August 2008 E. 4.1). Solche Gesichtspunkte bringt der behandelnde Psychiater in seinem Bericht vom 19. September 2014 (Urk. 3) indes nicht vor. Er weist vielmehr daraufhin, dass sich die Befunde seit der Berichterstattung im Dezember 2013 – die dem RAD-Arzt bekannt waren (Urk. 8/52 S. 1 und S. 5) – nur unwesentlich verändert hätten.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass Berichte von behandelnden Ärzten nach der Rechtsprechung aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dieser scheint hier umso angezeigter, als sich Dr. B. nicht auf eine medizinische Stellungnahme beschränkte, sondern darüber hinaus dem RAD-Arzt Voreingenommenheit vorwarf (Urk. 3 S. 2). Dieser Vorhalt, für den nach Lage der Akten keine Anhaltspunkte bestehen, lässt auf eine aus Sicht des wohl engen Behandlungsverhältnisses zwar verständliche – Nähe zum Beschwerdeführer schliessen, die jedoch eine zurückhaltende Würdigung von Dr. B. Berichten recht fertigt. 4.4

Was die Vorbringen des Beschwerdeführers in seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2014 (Urk. 11) betrifft, ist ihm insoweit zuzustimmen, dass eine invalidisierende Wirkung einer leichten respektive mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist. Deren Annahme bedingt jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen und 9C_369/2014 vom 19. November 2014). Es sind daher die Umstände des konkreten Falls zu berücksichtigen. Vorliegend kann von einer Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten nicht gesprochen werden. Dr. Z. legte bereits Ende 2011 eine antidepressive Behandlung nahe (E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 10

F32) oder im Rahmen einer rezidivierenden Störung (ICD-10 F33) schon zum wiederholten Mal auftrate –

und während mindestens eines Jahres anhalte (Urk.

E. 11

S. 2 und S. 5). 3.

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