

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00998 vom 29. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00998

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00998 du 29 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00998 del 29 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

). Diese zog die Akten

des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 10 /

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All g gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur 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. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise

Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorliegen sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein Invalidisieren der psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, so weit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Abs. 1).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen in (Abs. 3):

medizinischen Massnahmen (lit . a);

Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit . a bis);

Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe, lit . b);

der Abgabe von Hilfsmitteln (lit . d). 1. 5

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 1. 6

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren

Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes

ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingeholten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

In der angefochtenen Verfügung zog die Beschwerdegegnerin

im Wesentlichen in Betracht, die Abklärungen hätten keinen invaliditätsrelevanten Gesundheitsschaden, sondern lediglich eine leichtgradige depressive Episode im Rahmen einer Anpassungsstörung und eine kompensierte koronare Herzkrankheit ergeben. Die von den behandelnden Ärzten bescheinigte Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ausgewiesen. Aufgrund der eingeholten Unterlagen könnten rückblickend keine klare prozentuale Arbeitsunfähigkeit, kein Verlauf und keine Eröffnung der Wartezeit abgeleitet werden (Urk. 2).

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer den Standpunkt vertreten, es hätte eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben werden müssen. Insbesondere könne auf das psychiatrische Gutachten vom 20. Dezember 2013 so wohl aus formellen als auch aus materiellen Gründen nicht abgestellt werden (Urk. 1). 3. 3.1

Am 7. August 2012 suchte der Beschwerdeführer nach einer Auseinandersetzung mit seinem Vorgesetzten seinen Hausarzt,

Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin FMH, auf (Urk. 6 S. 13 f. und 10/1/5). Dieser hielt in seinem Bericht vom 22. Mai 2013 (Urk. 10/20)

zum psychischen Gesundheitszustand fest, dass der Beschwerdeführer seit August 2012 an einer Erschöpfungsdepression leide (Urk. 10/20/5). 3.2

Dem Bericht von Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____, beide Fachärzte FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. März 2013

(Urk. 10/12) zufolge

hatte sich der Beschwerdeführer am 17. August 2012 zur ambulanten integrierten psychiatrischen Behandlung in die Praxis F.____ begeben. Anlässlich des Erstgesprächs habe er von einer seit rund zwei Jahren andauernden extremen Arbeitsbelastung und von einer Eskalation am Arbeitsplatz vor etwa zwei Wochen berichtet. In psychiatrischer Hinsicht sei eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig, ohne somatisches Syndrom

(ICD-10: F32.1) diagnostiziert worden, welche aktuell, das heisst am 21. März 2013 teilweise remittiert sei (Urk. 10/12/1).

Die Arbeitsunfähigkeit habe sich vom 24. November 2012 bis zum 25. Januar 2013 auf 70% und vom 24. Januar (gemeint wohl: 25. Januar) bis zum 28. Februar 2013 auf 50% belaufen. Ab dem 1. März 2013 bis auf Weiteres sei der Beschwerdeführer wegen seiner Herzerkrankung zu 100% arbeitsunfähig (Urk. 10/12/3). 3.3

Die ambulante Behandlung in der Praxis F.____ wurde durch einen ersten stationären Aufenthalt in der Privatklinik G.____

unterbrochen, welcher vom 17. September bis zum 21. November 2012 dauerte. Im Austrittsbericht vom 21.

November 2012 (Urk. 10/27/12 ff.)

vermerkte

Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie,

die Diagnose einer

Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) bei Problemen an der Arbeitsstelle (ICD-10 Z56). Während der Behandlung habe sich der psychophysische Zustand allmählich verbessert und die depressive Symptomatik habe sich zurückgebildet (Urk. 10/27/14). Vom 16. September bis zum 23. November 2012 sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen (Urk. 10/27/15).

Ein weiterer stationärer Aufenthalt in der Privatklinik G.____

fand vom 29. Juli bis zum 18. August 2013 statt (Urk. 10/27/1 und 10/27/9), nachdem dem Beschwerdeführer das Arbeitsverhältnis per Ende Oktober 2013 gekündigt worden und ein sechswöchiger Arbeitsversuch in I.____ missglückt war

(Urk. 10/27/3 und 10/27/9). Im Austrittsbericht vom 18. August 2013

und einem

weiteren Bericht vom selben Datum führte Dr. H.____ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und akzentuierte Persönlichkeitszüge, zwanghaft, vermeidend, (ICD-10: Z73.1) als Diagnosen auf (Urk. 10/27/1 und

10/27/9). Die Prognose sei bei den vorliegenden Diagnosen günstig (Urk. 10/27/4). Vom 27. Juli bis zum 31. August 2013 sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 10/27/4 und 10/27/11). Der Patient habe eine fraktionierte Hospitalisation gewünscht und der Wiedereintritt sei für den 26. August 2013 vorgesehen (Urk. 10/27/10 und 10/27/11).

In einem Verlaufsbericht vom 2. Oktober 2013 (Urk. 10/34/5 ff.) hielt Dr. H.____ fest, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 28. August 2013 wieder in der Privatklinik G.____ aufhalte. Er sei im Konzentrationsvermögen, in der Anpassungsfähigkeit und im Arbeitstempo eingeschränkt. Eine Tätigkeit im bisherigen Beruf würde die depressive Symptomatik voraussichtlich verstärken. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit lasse sich derzeit nicht einschätzen. 3.4

Nach einer Untersuchung vom 18. November 2013 durch Dr. Z.____ gelangten dieser und Dr. A.____ in psychiatrischen Gutachten vom 20. Dezember 2013 (Urk. 10/40) zum

Schluss, dass der Beschwerdeführer aktuell an einem leicht gradigen depressiven Syndrom (ICD-10: F32.0) leide. Aus psychiatrischer Sicht sei er in der zuletzt ausgeübten und in jeder anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

Die Entstehung einer depressiven Episode im Jahr 2012 und deren sukzessive Besserung unter einer entsprechenden antidepressiven Behandlung sei anamnestisch schlüssig und plausibel nachvollziehbar (Urk. 10/40/9). Ein Arbeitsplatzkonflikt und die kürzlich erfolgte Kündigung des Arbeitsverhältnisses seien bezüglich des vorangehend eher protahierten Heilungsverlaufs als anteiliger ursächlich zu erwägen, seien jedoch nicht mehr relevant (Urk. 10/40/11). 3.5

Gemäss einem weiteren Bericht von Dr. C.____ vom 6. Februar 2014 sei die Erschöpfungsdepression noch nicht überwunden. Derzeit finde eine regelmässige fachärztliche ambulante psychiatrische

Betreuung durch Dr. J.____ statt. Dieser sei zum Umfang der Arbeitsfähigkeit zu befragen (Urk. 10/47/7 f.). 3.6

Pract. med. J.____ und Dr. med. K.____ vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons L.____

diagnostizierten in ihrem Bericht vom 18. Februar 2014 (Urk. 10/50) eine mittelgradig depressive Episode nach Burn out und Mobbingssituation am Arbeitsplatz (ICD-10: F32.11), bestehend seit etwa dem Jahr 2012, und eine kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung, anankastisch, vermeidend, narzisstisch (ICD-10: Z73.1). Der Beschwerdeführer werde seit Oktober 2013 ambulant behandelt. Vom 11. Oktober 2013 bis zum 31. Januar 2014 habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Ab dem ersten Februar 2014 sei der Beschwerdeführer wieder zu 20 % arbeitsfähig (Urk. 10/50/3). 3.7

Dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht der Psychiatrischen Tagesklinik der M.____ in N.____ vom 16. September 2014 (Urk. 3/5) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer dort ab dem 15. Juli 2014 während vier Tagen pro Woche behandelt wurde. Es seien eine depressive Episode (ICD-10: F32.1) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit zwanghaft vermeidenden und narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1) diagnostiziert worden. Es bestehe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit, die sich voraussichtlich im Verlauf des Monats Oktober auf 60 % reduzieren werde. 3.8

PD Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verfasste am 8. Oktober 2014 ein psychiatrisches Gutachten, welches ebenfalls während des Beschwerdeverfahrens zu den Akten gegeben wurde (Urk. 6). Dieses basiert auf zwei je dreistündigen Untersuchungsgesprächen vom 4. und 5. September 2014, fremdanamnestischen Auskünften, den Resultaten einer testpsychologischen Untersuchung vom 3. Oktober 2014 durch O.____, Psychologin FH und Psychotherapeut ASP/SBAP, und den zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 6 S. 4 f. und S. 28).

Es enthält die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bemerkte Dr. B.____ zunächst, dass der Beschwerdeführer wegen seiner gesundheitlichen Störungen, wegen der peripheren Gefässkrankheiten respektive der koronaren Mehrgefäss-Erkrankung wiederholte stationäre Behandlungen gewesen sei und sich auch teilstationär in der Tagesklinik aufhalten habe, so dass ihm schon deshalb zu Recht von den anerkannten und qualifizierten Behandlungszentren ein

Arbeitsunfähigkeitszeugnis von 100 % für diese Zeitperioden ausgestellt worden sei. Es sei daher angebracht, die von der Privatklinik G.____, dem Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons L.____ und von der Tagesklinik N.____ angesetzten Grade der Arbeitsunfähigkeit zu akzeptieren (Urk. 6 S. 30).

Eine zumutbare Arbeitstätigkeit setzt voraus, dass der Beschwerdeführer an einem Arbeitsplatz arbeiten könne, wo er nicht anhaltend gestresst werde, sondern die Möglichkeit habe, seine Fähigkeiten in nicht gehetzter Weise umzusetzen und wo ihm die angemessene Wertschätzung zuteil werde (Urk. 6 S. 30). In einer angepassten Tätigkeit (ohne übermässigen Stress) wäre eine stufenweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis zu 100 % innerhalb von wenigen Wochen möglich (Urk. 6 S. 32). 4. 4.1

In somatischer Hinsicht erwähnt Dr. C.____ in seinem Bericht vom 22. Mai 2013 eine seit Anfang des Jahres 2013 bestehende koronare Herzkrankheit (Urk. 10/20/5).

4.2

Aus dem Bericht des Herzzentrums der Klinik P.____ vom 27. Februar 2013 (Urk. 10/12/12 ff.) geht hervor, dass

die koronare Mehrgefäss-Erkrankung (Angina pectoris CCS-Klasse II-III, pathologische Ergometrie, hochgradige proximale RIVA-/Diagonalast-Stenose mit Plaque-ruptur, hochgradige Stenose RIVP RCA, PCI am 26. Februar 2013 und kardiovaskuläre Risikofaktoren wie Hypercholesterinämie und leichtgradige arterielle Hypertonie) am 26. Februar 2013 diagnostiziert wurde.

Unmittelbar danach wurde die rechte Koronararterie mit Stents versorgt, wobei ein angiographisch tadelloses Resultat erreicht worden sei. Es sei zu erwarten, dass die im Zusammenhang mit der Herzerkrankung geklagte Symptomatik damit nun wieder behoben sei. Selbstverständlich bleibe eine konsequente sekundäre Prävention zwingend notwendig, um bei dem noch jungen Patienten eine weitere Progression der koronaren Herzkrankheit zu verhindern. In diesem Sinne sei sicher auch die Durchführung einer ambulanten Herzrehabilitation sehr zu empfehlen. 4. 3

Zur koronaren Herzkrankheit führte Dr. C.____

in seinen Berichten vom 22. Mai 2013 überdies aus, aktuell werde die kardiale Rehabilitation ambulant in der Q.____

durchgeführt. Diese werde voraussichtlich Mitte Juli 2013 beendet sein (Urk. 10/20/5 f. und 10/34/18). Ab diesem Zeitpunkt sei mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 10/20/7 und 10/34/18). 4.4

Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, beurteilte den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 17. Mai 2013 wegen der kardiologischen Erkrankung als vom 1. bis zum 31. März

2013 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/34/21). 4.5

Am 12. Juli 2013 begab sich der Beschwerdeführer auf die Notfallstation des Spitals S.____, nachdem er beim nächtlichen Gang zur Toilette ein Engegefühl in der Brust, Atemnot und ein Schwindelgefühl verspürt hatte.

Gemäss der Klinikmitarbeiterin

T.____ seien darauf ein Elektrokardiogramm erstellt und ein Troponin -Test durchgeführt worden, welche keine krankhaften Befunde ergeben hätten (Urk. 3/2).

Dr. U.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 18. Juli 2013 und schrieb ihn bis zum 21. Juli 2013 ohne Angabe einer Begründung krank (Urk. 3/3). In der Folge erklärte Dr. V.____ den Beschwerdeführer ab dem 22. Juli 2013 für fünf Tage als arbeitsunfähig, ohne eine Diagnose zu nennen (Urk. 3/4). 4. 6

In einem weiteren Bericht vom 29. August 2013 (Urk. 10/34/11) hielt Dr. R.____

zu den aktuellen somatischen Befunden fest, dass der Beschwerdeführer seit Anfang des Jahres über eine Leistungseinbusse beim Velotraining und belastungsassoziierte

Thoraxschmerzen im Sinne von Klemmen links präkordial mit Verschwinden der Erholungsklage. Körperlich bestünden keine Einschränkungen bis zu einer mittelschweren Tätigkeit.

Zur Prävention der progressiven Koronaropathie sei die Behandlung sämtlicher beeinflussbarer kardiovaskulärer Risikofaktoren wichtig. Beim Beschwerdeführer gehe es vor allem um Erhaltung eines optimalen inneren Gleichgewichts, wozu optimale familiäre Bedingungen, eine ausreichende körperliche Aktivität, aber auch gute Arbeitsplatzbedingungen notwendig seien. Letztere sollten so gestaltet sein, dass eine allzu rege Reisetätigkeit vermieden werden könne und kein übermässiger Termindruck bestehe. Günstig seien dagegen Tätigkeiten, die der Persönlichkeit des Beschwerdeführers Rechnung trügen und organisatorische, viel leicht auch kommunikative Tätigkeiten einschlossen.

Die Gesundheit wäre bei einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit an der bisherigen Arbeitsstelle gefährdet, da diese offenbar zu starkem Druck geführt und so die Zunahme der Herzgefässerkrankung begünstigt habe.

Heben und Tragen, Stehen, Gehen und Sitzen seien bis zu einer mittleren Intensität problemlos zumutbar. Wechselbelastende Tätigkeiten stellten kein Problem dar und auch Autofahren sei möglich. Eine Einschränkung im Arbeitstempo bestehe grundsätzlich nicht, sofern der Beschwerdeführer selbst die Geschwindigkeit mitbestimmen könne. Aus internistisch-kardiologischer Sicht sei die 100%ige Arbeitsfähigkeit ab sofort gegeben, sofern die erwähnten Arbeitsbedingungen optimal erfüllt seien.

Schliesslich vermerkte Dr. C.____ in seinem Bericht vom 6. Februar 2014

keine somatischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Seit dem Jahr 2013 bestehe eine koronare Herzkrankheit mit Stenteinlagen und Hypertonie. Er habe den Beschwerdeführer am 3. Februar 2014 letztmals untersucht. In der nächsten Zeit sei eine Verlaufskontrolle nach dem Anbringen der Stents inklusive einer Belastungsprobe geplant (Urk. 10/47/7). 5.

E. 5

und 10/34). Überdies tätigte sie weitere erwerbliche (Urk. 10/6, 10/8, 10/14, 10/29 und 10/31) und medizinische (Urk.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer meldete sich am 13. Februar 2013 zum Leistungsbezug an (Urk. 10/1). Strittig und zu prüfen ist, ob ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen, insbesondere berufliche Massnahmen,

oder ab dem 1. August 2013

ein Invalidenrentenanspruch besteht (Art. 29 Abs. 1 IVG ; Urk. 1 und 2).

E. 5.2

hiervor). Die Herzbeschwerden hatten gemäss den Angaben des Beschwerdeführers Ende Dezember 2012 begonnen (Urk. 6 S. 15) und waren

erst ab Februar 2013 durch echtzeitliche Arztberichte dokumentiert worden (Urk. 10/12/12).

Es ist daher massgebend, wie sich die psychische Gesundheits situation entwickelte.

Das vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten vom 20. Dezember 2013 (Urk. 10/4/9) äussert sich – aufgrund der beschränkten Fragestellung (Urk. 10/33) – nicht detailliert zum retrospektiven Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit im hier noch relevanten Zeitraum (Urk. 10/40/9). Es enthält insbesondere auch keine Stellungnahme zu den von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunden und den daraus gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit (vgl. auch Urk. 1 S. 10 und 6 S. 33) . Damit lässt sich der noch strittige Sachverhalt folglich nicht beurteilen. Auf das vom Beschwerdeführer eingereichte Gutachten von Dr. B.____ kann nicht abgestellt werden, da dieses inhaltlich nicht überzeugt (vgl. E. 5.3 hiervor).

Darüber hinaus liegen lediglich Berichte der damals behandelnden Ärzte vor. Von Dr. H.____ von der Privatklinik G.____ wird vom 27. Juli bis zum 31. August 2013

wegen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) und akzentuierten Persönlichkeitszügen, zwanghaft, vermeidend, (ICD-10: Z73.1) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 10/27/1, 10/27/4, 10/27/9 und 10/27/11).

Überdies wird im Abschlussbericht vom 2. Oktober 2013, welcher mit dem Gutachten von Dr. B.____ vom 8. Oktober 2014 neu eingereicht wurde (vgl. Urk. 6) , wegen der erwähnten Diagnosen eine vom 27. Juli bis zum 31. Oktober 2013 dauernde Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestätigt. Pract . med. J.____ und Dr. K.____ vom Sozialpsychiatrischen Dienst des Kantons L.____ , die den Beschwerdeführer ab dem 11. Oktober 2013 ambulant behandelten, beurteilten ihn

in ihrem Bericht vom 18. Februar 2014 (Urk. 10/50) wegen einer mittelgradigen depressiven Episode nach Burnout und Mobbing situation am Arbeitsplatz (ICD-10: F32.11), bestehend seit etwa dem Jahr 2012, und einer kombinierten

Persönlichkeitsakzentuierung , anankastisch , vermeidend, narzisstisch (ICD-10: Z73.1) vom 11. Oktober 2013 bis zum 31. Januar 2014 zu 100 %

und ab dem 1. Februar 2014 zu 80 % arbeits unfähig (Urk. 10/50/3).

Selbst wenn man auf die

erwähnten Berichte der behandelnden Ärzte abstellen könnte, so wäre wiederum zu beachten, dass akzentuierte Persönlichkeitszüge keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellen (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C_897/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.9 und 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.3, je mit Hinweisen). Überdies kommt nach der geltenden Rechtsprechung einer leicht- bis mittelgradigen

depressiven Symptomatik regel mässig keine invalidisierende Wirkung zu. Ausnahmen sind zwar nicht ausgeschlossen (Urteil des Bundesgerichts 8C_801/2014 vom 1. April 2014 E. 3.5 mit Hinweisen). Für die Annahme einer solchen besteht vorliegend jedoch kein Raum, da p ract . med. J. ___ am 16. September 2014 gegenüber Dr. B. ___ aus drücklich erklärte, die Persönlichkeitsstörung (gemeint wohl: Persönlichkeitsakzentuierung) habe im Vordergrund gestanden (Urk. 6 S. 18). Auch die Berichte der Privat klinik G. ___

betreffend den Status am 29. Juli 2013 und den Verlauf bis zum Austritt am 18. August 2013 enthalten lediglich Hinweise auf eine leichte depressive Symptomatik, während die beim Beschwerdeführer beobachtete Persönlichkeitsstruktur detaillierter erörtert wird (vgl. Urk. 10/27/4 und 10/27/10). Es ist deshalb nicht einmal mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die mittelgradige depressive Episode allein eine Arbeitsunfähigkeit verursacht hat. Insbesondere ist

sämtlichen Berichten für die Zeit ab dem 27. Juli 2013

bis Ende Februar 2014 nichts zu entnehmen, weswegen die mittelgradige depressive Episode als invalidisierendes Leiden zu qualifizieren wäre, das die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers in invaliditätsrelevanter Weise beeinträchtigte. Ab dem Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns lag kein invaliditätsrelevanter

Gesundheitschaden mehr vor. Unter diesen Umständen ist auch nicht näher zu prüfen, inwiefern psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, namentlich der gescheiterte Arbeitsversuch in I. ___, die per Ende Oktober 2013 ausgesprochene Kündigung der Arbeitgeberin und die unbefriedigende

Wohnsituation (vgl. Urk. 10/27/3 und 10/27/9), in die Beurteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeit während des fraglichen Zeitraumes einfließen.

E. 5.3

Zur Beurteilung der psychischen Verfassung des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin insbesondere

auf das vom Krankentaggeldversicherer eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. Z. ___ und Prof. Dr. A. ___ vom 20. Dezember 2013 abgestellt, nachdem Dr. med. W. ___, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und zertifizierter Gutachter SIM, vom RAD dieses als nachvollziehbar qualifiziert hatte (vgl. das Feststellungsblatt für den Beschluss vom 25. März 2014, Urk. 10/57/4 f., und das Feststellungsblatt für den Einwand vom 26. August 2014, Urk. 10/78/2). Das fragliche Gutachten wurde seitens des Beschwerdeführers wiederholt in formeller und materieller

Hinsicht beanstandet (Urk. 1 S.

3 ff. und 10/71/3 ff.). Namentlich wird gerügt, es sei in Missachtung der sozialversicherungsrechtlichen Verfahrensgrundsätze, insbesondere ohne vorgängige Anhörung des Beschwerdeführers und ohne Durchführung eines Einigungsversuches, in Auftrag gegeben worden (Urk. 1 S.

7 und 10/71/3). Dies obwohl die Beschwerdegegnerin schon vor der Erstellung des Gutachtens dessen Verwendung beabsichtigt habe (Urk. 10/71/3). Hierzu ist zu bemerken, dass die vom Bundesgericht in seinem Leitartikel BGE 137 V 210 und in den sich darauf beziehenden Präjudizien (vgl. BGE 139 V 349 und 138 V 318) umschriebenen

Verfahrensgrundsätze lediglich in denjenigen Fällen einzuhalten sind, in welchen der mit dem streitigen sozialversicherungsrechtlichen Leistungsanspruch befasste Versicherungsträger das Gutachten selber einholt. Wird das Gutachten, wie vorliegend, vom privaten Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegeben, finden sie demgegenüber keine Anwendung. Ungeachtet dessen ist der Sozialversicherungsträger befugt, ja gehalten, das nicht von ihm selber veranlasste Gutachten zu berücksichtigen, soweit dieses zur Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes beitragen kann (vgl. zum Ganzen des Urteil des Bundesgerichts 8C_15/2015 vom 31. März 2015 E. 6.4).

Des Weiteren wird geltend gemacht, es sei der falsche Eindruck erweckt worden, dass Dr. Z.____ in der Klinik AA.____ tätig sei (Urk. 1 S. 7 und 8).

Dies mag zu treffen, wenn man die vom Krankentaggeldversicherer verfasste Einladung zur medizinischen Begutachtung betrachtet (Urk. 10/34/2). Weder aus dem Bestehen eines Anstellungsverhältnisses

bei einer bestimmten Klinik noch aus dem Fehlen eines solchen lassen sich jedoch Rückschlüsse auf die fachliche Eignung eines Gutachters

oder die Qualitäten eines Gutachtens ziehen. Ebenso wenig lassen sich daraus Aufschlüsse zu allfälligen Befangenheitsgründen gewinnen. Der Beschwerdeführer vermag deshalb aus den erwähnten Umständen nichts zu seinen Gunsten abzuleiten.

Darüber hinaus wird bezüglich der am Gutachten beteiligten Personen moniert, Prof. Dr. A.____ preise sich bei Privat- und Sozialversicherungen an, Leistungen zu begrenzen, indem er bereits im Vorfeld Begutachtungen vornehme. Er prahle damit, dass er in 67 % der Fälle tiefere Arbeitsunfähigkeiten festlege als die Atteste der behandelnden Ärzte (Urk. 1 S.

7 mit Hinweis auf Urk. 3/6). Aus dem zum Beleg dieser Vorwürfe ins

Recht gelegten Schreiben von Prof. Dr. A.____

vom 2. Juni 2014 (Urk. 3/6) geht indessen lediglich hervor, dass dieser an einer detaillierten Auswertung der medizinischen Begutachtungen im Bereich Taggeldversicherung beteiligt war. Die auf über 500 Datensätzen beruhenden Ergebnisse hätten gezeigt, dass die Mehrzahl (67 %) der

Arbeitsunfähigkeits-Attestierungen einer an den Grundregeln der Versicherungsmedizin orientierten Überprüfung nicht standhielt. Die fraglichen Ergebnisse würden im Rahmen der angekündigten Vortragsveranstaltung präsentiert und dabei vor allem Möglichkeiten der zukünftigen Begrenzung von unzu reichend begründeten Krankentaggeld-, IV- und UV-Leistungen bereits im Vorfeld von Begutachtungen konkret aufgezeigt (Urk. 3/6). Weder die Forschungsarbeit an sich noch die Präsentation von deren Resultaten sowie den daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen ist zu beanstanden. Sie vermögen insbesondere nicht objektiv den Anschein einer Befangenheit zu erwecken.

Es wird sodann vorgebracht, die Untersuchung habe von 10:35 bis 11:10 Uhr gedauert, das heisst nur gerade einmal 35 Minuten betragen. Diese Zeit reiche nicht aus, eine tief liegende psychische Erkrankung festzustellen. Darüber hinaus sei im Gutachten fälschlicherweise eine Explorationsdauer von über 90 Minuten verkündet worden (Urk. 1 S. 8). In diesem Zusammenhang ist generell festzuhalten, dass ein Gutachter den Exploranden in der Regel nur für eine beschränkte Zeit sieht und sich aus der Anzahl sowie der Dauer der geführten

Gespräche keine Rückschlüsse auf die Wertigkeit eines Gutachtens ziehen lassen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_ 323/2014 vom 23. Juli 2014 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Einen krankheitswertigen Befund oder das Fehlen eines solchen kann ein erfahrener Diagnostiker ohne Weiteres auch nach einem einmaligen kurzen Gespräch feststellen. Im konkreten Fall war die Begutachtung des Beschwerdeführers auch nicht mit besonders komplexen Fragestellungen verbunden. Sie erfolgte insbesondere in Kenntnis umfangreicher medizinischer Vorakten. Aus den im Gutachten geschilderten Angaben des Beschwerdeführers geht hervor, dass sich dieser ausreichend zu seinen Beschwerden und deren Behandlung sowie zu seiner aktuellen Lebenssituation äussern konnte. Insbesondere wurde eine umfassende Anamnese erhoben. Wegen der Untersuchungsdauer ist das Gutachten daher nicht in Zweifel zu ziehen. Diese wird im Gutachten auch nirgends mit mehr als 90 Minuten beziffert. Vielmehr haben die Befragung, die Exploration und die Dokumentation zusammen gemäss den Angaben im Gutachten über 90 Minuten betragen (Urk. 10/40/1). Von einer Falschbeurkundung der Untersuchungsdauer

kann somit entgegen der seitens des Beschwerdeführers vertretenen Auffassung nicht die Rede sein.

Auch in anderen Punkten wird die Richtigkeit der im Gutachten festgehaltenen Tatsachen in Frage gestellt. So wird der Vorwurf erhoben, es sei der Umstand unterschlagen worden, dass der Beschwerdeführer massiv antidepressiv therapiert sei und nur dank Medikamenten einschlafen könne (Urk. 1 S. 8 f.). Immerhin ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer bei der Begutachtung nicht über aktuelle Ein- oder Durchschlafstörungen klagte (Urk. 1 S. 8 f. und Urk. 10/40/4). Seine Angabe, er nehme täglich 150 mg Wellbutrin XR – ein Antidepressivum – ein, wurde im Gutachten ausdrücklich festgehalten (Urk. 10/40/2). Zwar wird keine

Einnahme von Schlafmitteln wie Redormin oder Stilnox (vgl. Urk. 1 S. 9)

erwähnt, sondern lediglich aktuelles Durchschlafen nach anfänglichen Durchschlafstörungen vermerkt

(Urk. 1

S.

8 f.; vgl. insbesondere Urk. 10/40/2 und 10/40/4).

Es ist jedoch nicht ansatzweise ersichtlich, weshalb die Gutachter entsprechende Ausführungen

des Beschwerdeführers absichtlich unerwähnt gelassen haben sollten, zumal dieser auch gegenüber Dr. B.____ erwähnte, er habe damals in BB.____

(Kanton L.____) nur gelegentlich Schlafmittel erhalten (Urk. 6 S. 17).

Vielmehr bestehen Anhaltspunkte dafür, dass die Sachverhalts schilderungen des Beschwerdeführers anlässlich der

Exploration nicht so detailliert

ausfielen, wie sie in der Einwandbegründung (Urk. 10/71) und in der Beschwerdeschrift (Urk. 1) geschildert werden. So räumte dieser

zum Beispiel erst im Rahmen der beiden letztgenannten Eingaben ein, dass er nach seinem Studium eine

mehrfährige psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen hatte (Urk. 1 S. 6 und 9), während er eine solche zuvor gegenüber den behandelnden Ärzten verschwiegen und auch anlässlich seiner Begutachtung vom 18. November 2013 ausdrücklich verneint hatte (Urk. 10/40/3).

Im Einklang mit der Beschwerdegegnerin ist zur rund 20 Jahre zurückliegenden Behandlung (vgl. Urk. 10/2/2) bereits an dieser Stelle festzuhalten, dass weder dargelegt wurde noch ersichtlich ist, inwiefern sich daraus wesentliche Erkenntnisse für die Beurteilung des hier relevanten Zeitraumes gewinnen liessen. Es ist daher auch auf die beantragte Zeugenbefragung der damaligen Psychotherapeuten (Urk. 1 S. 9) zu verzichten.

Schliesslich wird in der Beschwerdeschrift gegen das psychiatrische Gutachten vom 20. Dezember 2013 vorgebracht, es

setze sich nicht mit der in der Privatklinik G. ___ gestellten Diagnose einer kombinierten (anankastisch-vermeidend-narzisstischen) Persönlichkeitsakzentuierung auseinander (Urk. 1 S. 10). Im

Verlauf des Beschwerdeverfahrens reichte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des RAD-Arztes

dipl. med. CC. ___, Facharzt FMH für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Januar 2015 ein (Urk. 15). Dieser monierte ebenfalls, dass im Gutachten nicht zu den auffälligen Persönlichkeitszügen Stellung genommen werde, obwohl eine entsprechende Diagnose aus den Vorunterlagen ersichtlich sei. Das psychiatrische Gutachten sei sehr oberflächlich abgefasst. Die diagnostische Einschätzung sei zwar nachvollziehbar. Die depressive Symptomatik habe sich sicher gebessert. Es sei jedoch vollkommen unzulässig, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit noch weiter zugemutet werden könne (Arbeitsbelastung und -konflikt). Insgesamt sei das Gutachten aus medizinischer Sicht nicht überzeugend (Urk. 15).

E. 5.4

Als Zwischenergebnis ist folglich festzuhalten, dass der Beschwerdeführer spätestens ab dem Zeitpunkt seiner Begutachtung vom 18. November 2013 wie der vollständig arbeitsfähig war und in seiner angestammten Tätigkeit als Senior Solution Consultant ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen konnte. Er war weder invalid noch von Invalidität bedroht.

Gemäss dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht der Psychiatrischen Tagesklinik der M. ___ in N. ___ vom 16. September 2014 (Urk. 3/5) wurde der Beschwerdeführer ab dem 15. Juli 2014 wegen einer depressiven Episode (ICD-10: F32.1) und akzentuierten Persönlichkeitszügen mit zwanghaft vermeidenden und narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1) behandelt und als zu 80 % arbeitsunfähig beurteilt. Selbst wenn auf diese Angaben abzustellen wäre, so wären sie hier unbeachtlich, da die zur Diskussion stehende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes und der Erwerbsfähigkeit, sofern überhaupt invaliditätsrelevant, lediglich die einjährige Wartezeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG neu eröffnet hätte (vgl. Art. 29 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV).

Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch ab März 2014 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. August 2014 zu Recht verneint.

E. 5.5

Im Hinblick auf den noch zur Diskussion stehenden Rentenanspruch ab 1. August 2013 bis Ende Februar 2014 bleibt zu prüfen, wie sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zwischen August 2012 und der gutachterlichen Untersuchung vom 18. November 2013 präsentierte. Dabei steht fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 1. August 2013 aus physischen Gründen nicht mehr beeinträchtigt war (vgl. E.

E. 5.6

Zusammenfassend ergibt sich somit, dass die Beschwerdegegnerin auch für die Zeit vom 1. August 2013 bis Ende Februar 2014 zu Recht einen Leistungsanspruch verneint hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 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 Michael B. Graf -
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 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 10

/

E. 12

, 10/20 und 10/27) Abklärungen. In der Folge nahm die IV-Stelle ein vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenes psychiatrisches Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Prof. Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 20. Dezember 2013 zu den Akten (Urk. 10/40). Mit Schreiben vom 18. November 2013 (Urk. 10/35) teilte die IV-Stelle der damaligen Rechtsvertreterin des Versicherten den vorläufigen Abschluss der Dienstleistungen im Bereich der beruflichen Eingliederung mit, da der Versicherte ihren Angaben vom 4. November 2013 (Urk. 10/32) zufolge die erforderliche 50%ige Arbeitsfähigkeit noch nicht erreicht habe. Nach dem Eingang weiterer medizinischer Unterlagen (Urk. 10/47 und 10/50) stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 25. März 20

E. 14

die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 10/59). Der Versicherte liess dagegen Einwand erheben (Urk. 10/71), worauf die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. August 2014 einen Leistungsanspruch verneinte (Urk. 2 = 10/80). 2.

Gegen die Verfügung vom 26. August 2014 liess der Versicherte mit Eingabe vom 26. September 2014 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere berufliche Massnahmen und Invalidenrente; unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zzgl. Mehrwertsteuer). Am 22. Oktober 2014 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten eine Beschwerdeergänzung (Urk. 5)

und ein Gutachten von PD Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Oktober 2014 (Urk. 6) ein. Die IV-Stelle schloss am 1. Dezember 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Sie

äusserte sich am 16. Februar 2015 zur Beschwerdeergänzung und zum Gutachten von Dr. B.____ (Urk. 14). Überdies reichte sie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. Januar 2015 ein (Urk. 15). Hierzu liess sich der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Eingabe vom 26. Februar 2015 vernehmen (Urk. 18). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 2. März 2015 Kenntnis erhalten (Urk. 19).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die neu eingereichten Unterlagen (vgl. Urk. 3 und 6)

wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 15

S.

2). Insbesondere leuchtet die gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung insoweit nicht ohne Weiteres ein, als sich eine solche Störung dadurch auszeichnet, dass sie in der Kindheit oder Jugend auftritt und bis ins Erwachsenenalter andauert (vgl. das Urteil des Bundesgerichts I 736/05 vom 9. Februar 2006 E. 5.1 mit Hinweisen). In der Vergangenheit des Beschwerdeführers lassen sich hierfür jedoch keinerlei konkrete Anhaltspunkte finden. Ebenso wenig sind bis zum Jahr 2012 Einschränkungen im Erwerbsleben ersichtlich (vgl. Urk. 10/6 und 10/29). Das Gutachten von Dr. B.____ überzeugt somit nicht und ist insbesondere nicht geeignet, das psychiatrische Gutachten vom 20. Dezember 2013 zu

erschüttern. Dieses wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen. Es erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E.

5a und 125 V 351 E. 3a). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat.

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