

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01084 vom 8. Januar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01084 du 8 janvier 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01084 del 8 gennaio 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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

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

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur

geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.6

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

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 20. Oktober 2014 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. September 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2). Nachdem die IV Stelle mit Beschwerdeantwort vom 26. November 2014 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde beantragt hatte, wurde mit Verfügung vom 2. Februar 2015 (Urk. 7) die Pensionskasse des Beschwerdeführers, die Basler Versicherung AG, zum Prozess beigelegt. Diese verzichtete mit Schreiben vom 4. Februar 2015 (Urk. 9) auf eine Stellungnahme. Am 21. Mai 2015 nahm der Beschwerdeführer unter Beilage eines Arztberichtes erneut Stellung (Urk. 11/12). Sowohl die Beigeladene als auch die Beschwerdegegnerin verzichteten mit Schreiben vom 11. Juni 2015 (Urk. 15) respektive vom 26. Juni 2015 (Urk. 16) auf eine weitere Stellungnahme, was den jeweils anderen Verfahrensbeteiligten am 30. Juni 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode ein vorübergehendes Leiden sei. Die Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar, so dass diese Diagnose keine Invalidität zu begründen vermöge. Es gebe keine Hinweise dafür, dass die psychischen Ressourcen des Beschwerdeführers eine volle Erwerbstätigkeit nicht erlauben würden. Der Beschwerdeführer werde im Rahmen der Schadenminderungspflicht darauf aufmerksam gemacht, dass er seine Leistungsfähigkeit durch eine nachhaltige fachärztliche Psycho- und Pharmakotherapie verbessern solle (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber vertrat der Beschwerdeführer den Standpunkt (Urk. 1), die Ausführungen der Beschwerdegegnerin betreffend die Foerster-Kriterien würden an der Sache vorbeigehen. Im Zentrum seiner Beschwerden stehe nicht die Depression, sondern die Angststörung sowie das Depersonalisations- und Derealisationssyndrom. Eine Depressivität sei häufig als Symptom dieser Erkrankung anzutreffen. Die Beschwerdegegnerin verkenne somit das Problem. Sie verletze den Anspruch auf rechtliches Gehör und auf nachvollziehbare Begründung des Entscheids (S. 14). Bei einer Angststörung handle es sich sodann um eine objektivierbare Diagnose. Alle Ärzte würden darin übereinstimmen, dass sich die Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit auswirke und er seit mindestens Oktober 2012 zu 100% arbeitsunfähig sei. Es bleibe kein Raum für die Prüfung der Überwindbarkeit. Selbst wenn eine solche geprüft werde, wäre diese – aus näher genannten Gründen – zu verneinen (S. 15 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die Frage, ob in psychischer Hinsicht ein invalidisierender Gesund

heitsschaden vorliegt. 3 . 3 . 1

Der rechtskräftigen Verfügung vom 4.

Januar 2012 (Urk.

6/43) lagen im Wesentli chen die nachfolgenden Berichte zugrunde. 3 .2

Dr.

med. Z.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Der Beschwerdeführer ist aufgrund der Erwerbsbiographie als zu 100 % Erwerbs tätiger zu qualifizieren , was im Übrigen auch die Beschwerdegegnerin festgehalten hat (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 2. Juli 2014, Urk. 6/72 S. 5). Somit wäre grundsätzlich ein Einkommensvergleich nach Art.

E. 6.3

Wie es sich mit der Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG in der gegebenen Kons tellation verhält , hat das Bundesgericht bisher offen gelassen (BGE 140 V 2 E.

5.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2011 vom 7. Mai 2012 E.

5.2). Es ist nicht ersichtlich, weswegen Versicherte, die gemäss Art. 29 bis IVV von der Erfüllung der Wartefrist im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG befreit sind, erneut die Karenzzeit von sechs Monaten gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG bestehen sollten. Art. 29 Abs. 1 IVG, der im Rahmen der 5. IVG-Revision erlassen wurde, bezweckt die Schaffung eines Anreizes, sich möglichst früh zeitig, das heisst, spätestens sechs Monate nach Eintritt der Arbeits unfähigkeit bei der Invaliden versicherung anzumelden, um so gegebenenfalls frühzeitig Eingliederungsmass nahmen einleiten zu können. Darüber hinaus soll keine Schlechterstellung stattfinden. Bei rechtzeitiger Anmeldung kommt die ver sicherte Person weiter hin nach Ablauf des Wartejahres in den Genuss der Rente (BGE 138 V 475 E. 3.2.1). Soll die versicherte Person, die beim Wiederaufleben der Invalidität innert der Frist von drei Jahren im Sinne von Art. 29 bis IVV erneut einen Anspruch geltend macht und damit vom Bestehen des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG befreit ist, trotzdem die Karenzzeit von Art. 29 Abs. 1 IVG abwarten, führte dies zu einer vom Gesetzgeber gerade nicht gewollten Schlechterstellung. Entsprechend ist a uch im Kreisschreiben über Invalidität und Hilfslosigkeit in der IV (KSIH) vorgesehen, dass der Renten anspruch nach der Wiederanmeldung im Sinne von Art. 29 bis IVV unverzüglich auflebt (R z 4005, Beispiele).

E. 6.4

Wie zuvor ausgeführt, kann vorliegend nicht abschliessend beurteilt werden, wann genau die erneute Anmeldung zum Rentenbezug erfolgte (vorstehend E.

6.2).

Ungeachtet dessen ergibt sich aus den vorliegenden Akten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gestützt auf das Gutachten von Dr. C.____ mindestens seit Oktober 2012, dem Eintritt des Beschwerdeführers in die F.____ AG (Urk. 6/70 S. 9 Ziff. 7.2), wogegen der behandelnde Psychiater Dr. G.____ eine solche ab dem 3. Juli 2012 attestierte (Urk. 6/57 S. 3, Urk. 6/63 S. 3). An diesem Tag wurde der Beschwerdeführer auch von der Arbeit freigestellt (Urk. 6/48 S. 4 unten). Für die von der Arbeitgeberin in ihrem E-Mail vom 28. März 2012 (Urk. 6/44) erwähnte Krankschreibung findet sich in den Akten hingegen kein ärztlicher Bericht. Da

sich aus dem Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung auch Hinweise darauf ergeben, dass der Beschwerdeführer auch nach der Meldung der Arbeitgeberin im März 2012 noch - zumindest teilweise - arbeitsfähig war (vgl. Urk. 6/48), rechtfertigt es sich unter den gegebenen Umständen

gestützt auf die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 3. Juli 2012

den Rentenanspruch ab dem 1. Juli 2012 anzunehmen.

Mit dieser Feststellung und in Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung somit aufzuheben. 7.7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Ausgangsgemäss steht dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) - ohne Rücksicht auf den Streitwert - nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien und beim bis Ende 2014 für Rechtsanwälte gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 200.--

sowie ab 1. Januar 2015 von Fr. 220.-- ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. September 2014 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Juli 2012 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Basler Versicherung AG - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt

der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kudelski

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. 9

Juni 2010 (Urk. 6/12/5) eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) aufgrund massiver Angstzustände, Hyperventilation sowie gedrückter Stimmung. Der Beschwerdeführer sei seit dem 1 2. April 2010 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. 3 .3

Die Ärzte des Sanatoriums A.____ gaben mit Bericht vom 1 5.

September 2010 (Urk. 6/11/7-10) an, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund einer nicht näher bezeichneten Angststörung (ICD-10 F41.9) seit dem 1 7. Mai 2010 in der tagesklinischen Behandlung befinde (S. 1). Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich während des teilstationären Aufenthaltes verbessert. Nach wie vor best ehe

allerdings die Angst vor der Angst, die Depersonalisation, gewisse körperliche Symptome sowie eine Grübelneigung. In der Zeit vom 2 3. August bis 5. September 2010 sei bei einer 100%igen Krankenschreibung ein Arbeitsversuch in einem Pensum von 20 % erfolgt. Seit dem 6. September 2010 habe das Arbeitspensum auf 40 % erhöht und der Beschwerdeführer um diesen Teil gesund geschrieben werden können. Der Beschwerdeführer übe in diesem Pensum jedoch noch nicht seine bisherige Tätigkeit aus, da er aktuell noch wenig belastbar und die bisherige Tätigkeit mit viel Stress verbunden sei. Mit der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit sei zu rechnen. Es werde eine regelmässige, ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung empfohlen (S. 2 f.).

Mit erneutem Bericht vom 1 7. November 2010 (Urk. 6/17/3-4) informierten die Ärzte des Sanatoriums A.____ , dass sich der Beschwerdeführer seit dem 2 4. September 2010 nicht mehr in der tagesklinischen Behandlung befinde und sich der Gesundheitszustand bis zum Austrittstag nicht verbessert habe (S. 1). 3 . 4

Dr. med .

B.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 9. Dezember 2010 (Urk. 6/21/7-12) an, dass er den Beschwerdeführer seit dem 20. September 2010 behandle (S. 2 Ziff. 4.1) und diagnostizierte eine Angststörung seit Juni 2009 (ICD-10 F41.1) als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 2.1). Die Kriterien für eine generalisierte Angststörung seien nicht erfüllt. Es bestünden kaum somatische Symptome. Dennoch treffe diese Diagnose am ehesten zu (S. 2 Ziff. 4.5). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 1. Januar 2011 zu 60 % arbeitsfähig (S. 5 Ziff. 6.2). Eine Pensumserhöhung in den kommenden Wochen sei möglich (S. 6). 3 . 5

Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt, Klinik D.____ , erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhanden der Beschwerdegegnerin am 21. Juni 2011 (Urk. 6/31). Dabei konnte er keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) , einhergehend mit psychophysischer Erschöpfung (ICD-10 Z73.0) , auf (S. 6 Ziff. 5). Nach teilweiser - attestierter und auch plausibler - Arbeitsunfähigkeit sei der Beschwerdeführer seit dem 1. Juni 2011 in der bis heri gen und in jeglicher anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Aus psychiatri scher Sicht bestehe kein Bedarf nach adaptierten Tätigkeiten. Unter konsequenter Weiterführung der therapeutischen Massnahmen sei von der Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Prognose sei günstig. Der Beschwerde führer fühle sich gegenwärtig wieder voll arbeitsfähig, was auch mit den objek tiven Befunden übereinstimme (S. 7 f. Ziff. 7-8).

Mit ergänzendem Schreiben vom 25. Juli 2011 (Urk. 6/35) führte Dr. C.____ aus, dass die Angststörung im August 2009 ausgebrochen sei. Der Beschwerde führer habe von November 2009 bis März 2010 allerdings wieder gearbeitet, so dass im Verlauf des Jahres 2009 noch nicht von einer längeren und anhalten den Arbeitsunfähigkeit au sgegangen werden könne. Erst von März 2010 bis Ende Februar 2011 sei der Beschwerd eführer in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab März 2011 sei es zu einer zunehmenden Verbesse rung des psychischen Zustandes gekommen und der Beschwerdeführer habe seine Tätigkeit wieder zu 50 % aufgenommen. Ab dem 1. Juni 2011 arbeite der Beschwerdeführer wieder zu 100 % (S. 1). 3 .6

Dr. med. E.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regiona ler Ärztlicher Dienst (RAD), empfahl mit Stellungnahme vom 7.

Juli 2011 auf das Gutachten von Dr. C.____ abzustellen (Urk. 6/37 S. 5).

Die Beschwerdegegner in sprach dem Beschwerdeführer gestützt darauf mit Ver fü gung vom 4. Januar 2012 (Urk. 6/43) eine befristete halbe Rente für die Zeit vom 1. März bis 30. April 2011 zu. 4 . 4 .1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügun g vom 16. September 2014 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte vor. 4 .2

Die Ärzte der F.____ AG in informierten mit Aus trittsbe richt vom 28. Dezember 2012 (Urk. 6/54) über die stationäre Hospi ta li sation des Beschwerdeführers vom 16. Oktober bis 21. November 2012 und führten folgende Diagnosen auf (S. 1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (ICD-10 F48.1) - schädlicher Gebrauch von Sedativa, seit vier Wochen abstinent - akzentuierte

Persönlichkeitszüge, narzisstisch (ICD-10 Z73.1)

Bei m Eintritt in die Klinik sei die schwere depressive Symptomatik auf dem Boden einer generalisierten Angststörung im Vordergrund gestanden (S. 1, S. 4). Der Beschwerdeführer habe die Klinik in einem ver besserten Zustand verlassen können. Es werde dringend die Fortführung der ambulanten psychiatrisch-psy chotherapeutischen Behandlung empfohlen (S. 4 f.). 4 .3

Dr. med. G.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 2 1. März 2013 (Urk. 6/57) ein Depersonalisations- und Derealisa tionssyndrom (ICD-10 F48.1) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1). Zum jetzigen Zeitpunkt könne noch keine Prognose abgegeben wer den (S. 3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit seit dem 3. Juli 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Bei einer Teilremission s ei die bishe rige Tätigkeit frühestens ab Juni 2013 wieder zu 50 % zumutbar (S. 3 Ziff. 1. 6 1. 7).

Mit erneutem Bericht vom 1 7. September 2013 (Urk. 6/63) bestätigte Dr. G.____ die bisher gestellten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei eher ungünstig, da eine Therapieresistenz vorliege (S. 3 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig in der bisherigen Tätigkeit. Bei einer Teil remission sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu erwarten (S. 3 f. Ziff. 1.6-7). 4 .4

Dr. C.____ erstattete sein psychiatrisches Verlaufsgutachten zuhanden der Beschwerdegegn erin am 2. Mai 2014 (Urk. 6/70) und führte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F32.11) sowie eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) auf. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen schädlichen multiplen Substanzgebrauch (ICD-10 F19.1), gegenwärtig abstinent , abgesehe n von der Einnahme von Temesta im therapeutischen Setting (S. 7 Ziff. 5). Ein Depersonalisations- und Derealisationsyndrom könne auch bestätigt werden, welches allerdings die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nie nachhaltig beeinflusst habe (S. 9 f.).

Im Vergleich zur Voruntersuchung im Juni 2011 sei eine deutliche Ver schlechte rung des psychischen Zustandes zu verzeichnen. Die Therapie optionen seien noch nicht ausgeschöpft . Die Hospitalisation sei zu kurz gewe sen, um die psychischen Probleme bearbeiten zu können. Die nachfolgende psycho pharmakologische Behandlung sei ungenügend gewesen und habe auch die Ohnmachts gefühle des Beschwerdeführers verstärkt. Der Beschwerdeführer brauche vor der beruflichen Wiedereingliederung eine stationäre medizinische Reha bilitation in einer psychosomatisch orientierten Klinik. Erst nach vier- bis achtwöchiger Rehabilitation könne von einer Verbesserung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit sowie der psychischen Belastbarkeit des Beschwerdeführers ausgegangen werden (S. 8) . Mindestens seit Oktober 2012 sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jegliche r Tätigkeit auszugehen. Die Frage nach einer dem Leiden angepassten Tätigkeit könne erst nach Durch führung einer stationären Rehabili tation durch einen Job -C oach beantwortet werden. Trotz unerfreuli chem Verlauf seit Oktober 2012 könne insgesamt von einer günstigen Prognose bezüglich Wiederherstellung und Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 9). 4 .5

Dr. med. H.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, gab mit Stellungnahme vom 6. Mai 2014 an, dass das Gutachten von Dr. C.____ voll ständig und schlüssig sei. Als

Schadenminderungspflicht sei eine nachhaltige fachärztliche Psycho- und Pharmakotherapie aufzuerlegen. Die medizinische Überprüfung habe spätestens in einem halben Jahr zu erfolgen, auch im Hinblick auf die Eingliederung (Urk. 6/72 S. 3). 4 .6

Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Arbeitsmedizin, RAD, bat mit ergänzender Stellungnahme vom 6. Mai 2014 um die Überprüfung der Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerungen des Gutachtens von Dr. C.____. Der Beschwerdeführer nehme nach wie vor hochdosiert Benzodiazepine ein. Das Aktivitätsniveau sei hoch und ein sozialer Rückzug habe nicht stattgefunden. Der Beschwerdeführer habe mit Fussballspielen angefangen, sei in einer Beziehung und empfangt abends Besuche oder besuche selbst Kollegen (Urk. 6/72 S. 4). 4 .7

Die Psychotherapeutin Dr. phil. J.____ informierte mit Schreiben vom 11. August 2014 (Urk. 3/2), dass sie den Beschwerdeführer seit Anfang April 2014 behandle, wobei die Behandlung einmal wöchentlich, gelegentlich zwei mal pro Woche, stattfindet. Der Beschwerdeführer leide an einer generalisierten Angststörung, einer Depersonalisation/Derealisation sowie einer mittelgradigen Depressivität mit somatischem Syndrom. Es sei absolut klar, dass der Beschwerdeführer anhand der Symptomatik zu 100 % arbeitsunfähig sei. 4 .8

Dr. G.____ bestätigte mit Schreiben vom 19. September 2014 (Urk. 3/3) wiederum die bereits gestellten Diagnosen. Viele Personen mit generalisierter Angststörung würden auch körperliche Symptome sowie eine übertriebene Schreckreaktion erleben. Auch depressive Symptome seien häufig (S. 1). Der Beschwerdeführer sei bisher psychopharmakotherapeutisch mit über zehn verschiedenen Antidepressiva, Benzodiazepinen, Antipsychotika sowie weiteren Substanzen erfolglos behandelt worden. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig. Der bisherige Krankheitsverlauf sei wegen der Therapieresistenz ungünstig. Mit grosser Wahrscheinlichkeit werde der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit arbeitsunfähig bleiben (S. 2). 4 .9

Mit erneutem Schreiben vom 20. Mai 2015 (Urk. 12) führte Dr. G.____ aus, dass die Depression ein eigenes, diagnostisch abgrenzbares Krankheitsbild darstelle, welches mit grosser Wahrscheinlichkeit kausal mit der Grunderkrankung zusammenhänge. Die depressive Störung sei von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung der Symptome. Es liege ein mehrjähriger Krankheitsverlauf vor. Die Symptomatik habe weder mit stationären noch mit ambulanten intensiven psychotherapeutischen und psychopharmakotherapeutischen Massnahmen beeinflusst werden können. Mit der Dauer der Krankheit ohne (Teil-)Remission sei es zu einer Progredienz der Symptomatik gekommen (S. 1). Der Beschwerdeführer habe wenigstens teilweise im Rahmen der psychotherapeutischen Interventionen - trotz enormer Ängste und Aktivitätsbeschränkungen - sportliche Aktivitäten und soziale Kontakte wahrnehmen können. Der Beschwerdeführer befolge den Behandlungsplan konsequent (S. 2). 5 . 5 .1

Unbestritten und aufgrund der Aktenlage ausgewiesen ist, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letztmaligen Beurteilung verschlechtert hat. Anlässlich der Erstellung des Verlaufsgutachtens hielt

Dr. C.____ ausdrücklich fest, dass es im Vergleich zur Voruntersuchung im Juni 2011 zu einer deutlichen Verschlechterung des psychischen Zustandes gekommen sei (Urk. 6/70 S. 8).

Sodann stellten die Ärzte im Wesentlichen

übereinstimmende Diagnosen. Diese erscheinen anhand der erhobenen Befunde als nachvollziehbar und blieben im Übrigen auch von den Parteien unbestritten. Der Beschwerdeführer leidet dem nach im Wesentlichen an einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1), einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.11, F32.2) sowie an einem Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (ICD-10 F48.1). Alle Ärzte erachteten den Beschwerdeführer ausserdem als zu 100 % arbeitsunfähig. 5.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte indessen einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sei vorübergehend und deren Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar (vorstehend E. 2.1). Allerdings verkennt die Beschwerdegegnerin dabei, dass nach Lage der Akten nicht die affektive Störung, sondern die generalisierte Angststörung im Vordergrund steht. Diese führte die Beschwerdegegnerin bei der Prüfung der Überwindbarkeit sowie im Vorbescheid zwar am Rande auf, erwähnte sie in der angefochtenen Verfügung allerdings überhaupt nicht mehr (Urk. 2, Urk. 6/72 S. 4, Urk. 6/73 S.

2). Bereits bei der Zusprache der befristeten halben Rente für die Zeit vom 1. März bis 30. April 2011 stand klar eine Angststörung des Beschwerdeführers im Vordergrund, wurde damals eine affektive Störung noch gar nicht diagnostiziert (vgl. vorstehend E. 3.2-3.5). Auch im vorliegenden Verfahren brachten die Ärzte klar zum Ausdruck, dass sich die depressive Episode lediglich im Rahmen der generalisierten Angststörung entwickelte und somit nur eine Begleiterscheinung darstellt. So erfolgte der Eintritt in die stationäre Hospitalisation aufgrund einer schweren depressiven Symptomatik auf dem Boden einer generalisierten Angststörung (Urk. 6/54 S. 1). Dr. G. ___ führte sodann erklärend aus, dass bei Personen mit generalisierter Angststörung häufig depressive Symptome zu verzeichnen seien (Urk. 3/3 S. 1).

Durch dieses Vorgehen verletzte die Beschwerdegegnerin ihre Begründungspflicht und damit den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör (Art. 42 ATSG; Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung). Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs kann vorliegend allerdings abgesehen werden, zumal der Beschwerdeführer eine solche nicht beantragte (Urk. 1 S. 14) und diese lediglich zu einem formalistischen Leerlauf führen würde (BGE 132 V 387 E. 5.1). 5.3

Bei der Beantwortung der Frage, ob die gestellten Diagnosen eine Invalidität begründen, gilt es zu berücksichtigen, dass der Arztperson bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt. Die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, ist eine Rechtsfrage und obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden. Es ist folglich mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vereinbar, einem Gutachten vollen Beweiswert zuzuerkennen, jedoch von der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung sozialversicherungsrechtlicher Aspekte abzuweichen (BGE 140 V 193 E. 3.1 f., 132 V 393 E. 3.1 f., 130 V 352 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). 5.4

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass die Überwindbarkeit nicht zu prüfen sei, da die Foerster-Kriterien nicht zur Anwendung gelangen (Urk. 1 S.

E. 14

f.), ist ihm in dem Sinne zuzustimmen, als sowohl eine generalisierte Angststörung als auch eine depressive Störung nicht zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne organische Grundlage zählen, bei welchen die Foerster-Kriterien analog zur Anwendung gelangen (Urteile des Bundesgerichts 9C_420/2014 vom 27. November 2014 E.

3.1, 8C_371/2014 vom 29. September 2014 E. 5.2.1 und 8C_14/2014 vom 30. April 2014 E. 4.2.5). Indessen ist stets eine objektive Betrachtung des Forderbaren vorzunehmen, wobei ein psychischer Gesundheitsschaden nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit führt, wenn die Verwertung der Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar ist (vgl. vorstehend E. 1.1 und E. 1.3; Art. 7 Abs. 2 ATSG). 5.5

Hierzu gilt es zunächst festzuhalten, dass das Gutachten von Dr. C.____ sämtliche praxisgemässen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllt (vorstehend E. 1.7). Dr. C.____ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bereits seit mindestens Oktober 2012, das heisst im Zeitpunkt der Begutachtung seit mehr als eineinhalb Jahren (Urk. 6/70 S. 9). Die Beurteilung erfolgte aus objektiver Sicht und nicht gestützt auf das subjektive Empfinden des Beschwerdeführers, hielt Dr. C.____ doch ausdrücklich fest, dass der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer gegenwärtig nicht arbeitsfähig fühle, auch mit den objektiven Befunden übereinstimme (Urk. 6/70 S. 9 Ziff. 8.5; vgl. hierzu BGE 141 V 281 E.

3.7.1). Ferner erfolgte die Einschätzung durch

Dr. C.____

in Kenntnis des geschilderten Tagesablaufes (Urk. 6/70 S. 5 f.), wobei er den psychischen Beschwerden dennoch so viel Gewicht beigemessen hat, dass sie trotz gewisser verbliebener Aktivitäten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen.

Zum geschilderten Tagesablauf und den von der Beschwerdegegnerin zur Verneinung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens herangezogenen Ressourcen des Beschwerdeführers gilt es Folgendes zu erwähnen: Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin lässt der geschilderte Tagesablauf kein wirklich hohes Aktivitätsniveau erkennen. So stehe der Beschwerdeführer morgens manchmal um 9 Uhr, manchmal um 10 Uhr, 11 Uhr oder auch erst um 12

Uhr auf. Er nehme dann seine Medikamente, worauf sich der Zustand ein wenig beruhige, fühle sich unter den Tabletten aber benebelt. Er verspüre keine Lust und keine Kraft, habe nur noch im Kopf, so nicht mehr weiterleben zu wollen. Er halte sich häufig im Garten auf und hüte jetzt für drei Monate den Hund einer Kollegin und gehe mit ihm laufen. Er versuche den Haushalt zu erledigen oder zu kochen. Im letzten Jahr sei er oft Joggen gegangen, was nicht mehr der Fall sei. Er habe jetzt mit Fussballspielen begonnen und bemühe sich, dreimal pro Woche das Training zu besuchen, was er jedoch nicht immer schaffe. Häufig flüchte er sich in einen Tagesschlaf und stehe dann nicht mehr gerne auf. Abends würden er und seine Freundin manchmal Besuche empfangen oder gemeinsam Kollegen besuchen. Geschlossene Lokale möge er nicht, annulliere auch häufig Besuche bei seinen Kollegen (Urk. 6/70 S. 5 f.).

Dabei gilt es insbesondere in Bezug auf das Fussballspielen zu erwähnen, dass dem Beschwerdeführer aus ärztlicher Sicht aufgrund der Derealisation eine körperliche Betätigung ausdrücklich empfohlen wurde (vgl. Urk. 6/68). Insgesamt erscheint es damit als plausibel und nachvollziehbar, dass Dr. C.____ trotz einigen wenigen Alltagsaktivitäten und entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierte. 5.6

Der Beschwerdeführer befand sich ferner vom 16.

Oktober bis 21.

November 2012 in stationärer Therapie in der F.____ AG, zu welcher er durch den behandelnden Psychiater Dr. G.____ zugewiesen wurde (Urk. 6/48 S. 4, Urk. 6/54 S. 1). Bei diesem erfolgte danach auch weiterhin eine psychotherapeutische Behandlung. Seit April 2014 findet die psychotherapeutische Behandlung zudem durch die Psychotherapeutin

J.____ statt, wobei diese einmal wöchentlich, gelegentlich zweimal pro Woche, stattfindet (Urk. 3/2). Sodann hat der Beschwerdeführer – nach eigenen Angaben – bereits über dreissig verschiedene Medikamente ausprobiert (Urk. 6/70 S. 8). Die bereits am 7. März 2013 auferlegte Schadenminderungspflicht im Sinne einer nachhaltigen Psycho- und Pharmakotherapie (Urk. 6/56)

erachtete RAD Arzt Dr. H.____

in seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2013 als erfüllt (Urk. 6/72 S. 3). Aus dem Umstand, dass Dr. C.____ in der nachfolgenden Begutachtung festhielt, dass die Therapien noch nicht ausgeschöpft seien (Urk. 6/70 S. 8), kann nicht geschlossen werden, dass der Beschwerdeführer den Behandlungsplan nicht konsequent befolgte. Vielmehr hielt Dr. G.____

sogar ausdrücklich fest, dass der Beschwerdeführer diesen konsequent befolge (Urk. 12 S. 2). Eine allfällig noch auszubauende und zu optimierende Therapie kann demnach nicht dem Beschwerdeführer angelastet werden. 5.7

Schliesslich

ist darauf hinzuweisen, dass aus der von Dr. C.____ gestellten günstigen Prognose bezüglich Wiederherstellung und Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit nach erfolgter stationärer Rehabilitation und beruflicher Wiedereingliederung mit Unterstützung durch einen Job-Coach (Urk. 6/70 S. 9) nicht geschlossen werden kann, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. So ist nach der Rechtsprechung, wenn ein medizinisches Gutachten die versicherte Person als arbeitsunfähig erklärt, aber gleichzeitig festhält, dass nach durchgeführter erfolgreicher Eingliederung wieder eine deutlich bessere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein sollte, der Anspruch auf eine Rente für die zurückliegende Zeit so lange nicht ausgeschlossen, als die bestehende Erwerbsunfähigkeit nicht (oder noch nicht) mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen tatsächlich behoben oder in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verringert werden konnte (Urteil des Bundesgerichts I 968/06 vom 10. September 2007 E. 4.3). Die von Dr. C.____ gestellte Prognose ist von einer erfolgreichen Therapie und Wiedereingliederung abhängig, weshalb es nicht nachvollziehbar ist, weshalb die Beschwerdegegnerin die vorgeschlagene – ver gleichsweise kurze – stationäre vier- bis achtwöchige Therapie nicht abgewartet und hernach einen weiteren Bericht zum psychischen Gesundheitszustand eingeholt hat. Zudem wäre es der

Beschwerdegegnerin unbenommen gewesen, der vorgeschlagenen stationären Therapie mittels Auferlegung einer Schadenminderungsspflicht Nachdruck zu verleihen – wie sie dies auch getan hat (vgl. Urk. 2 S. 2) – und revisionsweise zu überprüfen, ob der Beschwerdeführer dieser Pflicht auch wirklich nachgekommen ist. Dies empfahl im Übrigen auch der RAD-Arzt Dr. H.____, welcher die 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund des schlüssigen Gutachtens von Dr. C.____ als ausgewiesen erachtete und die Auferlegung einer nachhaltigen fachärztlichen Psycho- und Pharmakotherapie als Schadenminderungsspflicht sowie eine medizinische Überprüfung in spätestens einem halben Jahr empfahl (Urk. 6/72 S. 3).

5. 8

Nach dem Gesagten ist der Beschwerdeführer mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gestützt auf das Gutachten von Dr. C.____

seit mindestens Oktober 2012 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, wobei ihm die Verwertung einer Arbeitsfähigkeit sozial-praktisch nicht zumutbar ist. 6.

E. 16

ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen. Ein solcher erübrigt sich vorliegend allerdings, da bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten der Invaliditätsgrad 100 % beträgt, womit dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der Invalidenversicherung zusteht. Zu prüfen bleibt der Beginn des Rentenanspruchs. 6. 2

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden gemäss Art. 29 bis IVV bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

Aus den vorliegenden Akten ist nicht klar ersichtlich, wann genau die erneute Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte. So meldete sich am 28. März 2012 zuerst die Arbeitgeberin des Beschwerdeführers

bei der Beschwerdegegnerin und bat um Unterstützung. Dabei gab sie an, dass der Beschwerdeführer momentan zu 100 % krankgeschrieben sei und sein Arztzeugnis bis am 3. April 2012 gelte (Urk. 6/44). Die zuständige Taggeldversicherung meldete den Beschwerdeführer zudem am 25. September 2012 zur Früherfassung an (Urk. 6/51). Ferner wird im Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung ein Zusatzgesuch vom 8. Mai 2012 erwähnt (Urk. 6/48 S. 1), dessen Inhalt den Akten allerdings nicht entnommen werden kann. Eine eigentliche Anmeldung zum Leistungsbezug ist nicht ersichtlich. Die Überprüfung des Rentenanspruchs wurde allerdings in jedem Fall im Jahr 2012 eingeleitet und erfolgte damit innert dreier Jahre nach Einstellung der Invalidenrente per Ende April 2011 (vgl. Urk. 6/43). Ursächlich für die erneute Arbeitsunfähigkeit war die im Vordergrund stehende generalisierte Angststörung und somit das gleiche Leiden, welches bereits zuvor zur Zusprechung der befristeten Rente geführt hatte, weshalb die Wartezeit von einem Jahr nach der Bestimmung von Art. 29 bis IVV nicht neu erfüllt werden musste.

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