

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01272 vom 12. November 2015**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.01272](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01272)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01272 du 12 novembre 2015

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01272 del 12 novembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( 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

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das

heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss 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 eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung den Standpunkt, dass die getroffenen medizinischen Abklärungen ausreichend seien und keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden ergeben hätten (Urk. 2).

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen geltend machen, mit dem Gutachten der B.\_\_\_\_

vom 27. Juni 2014 sei sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hätte daher einen Einkommensvergleich vornehmen

müssen, welcher zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad geführt hätte. Aufgrund seines fortgeschrittenen Alters sei es ihm jedoch unzumutbar, die verbleibende Restarbeitsfähigkeit zu verwerten, so dass er Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe (Urk. 1). 3.

### 3.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 2. April 2012 das C.\_\_\_\_ der D.\_\_\_\_

aufsuchte. Dort wurde ihm von den behandelnden Ärzten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 5. April 2012 attestiert (Urk. 6/12/6). 3.2

Am 23. April 2012 trat der Beschwerdeführer in die Alterspsychiatrie der D.\_\_\_\_

zur stationären interdisziplinär-integrativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ein, welche

bis zum 31. August 2012 dauerte (vgl. Urk. 6/12/7 und 6/18/12). Im Austrittsbericht vom 5. September 2012 (vgl. Urk. 6/18/8) und in einem Bericht zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 6. September 2012 (vgl. Urk. 6/12/7) wurden eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), und der Verdacht auf eine leichte kognitive Störung, differentialdiagnostisch eine Depression, sowie diverse somatische Diagnosen festgehalten. Überdies wurde vom 2. April 2012 bis zum 15. September 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.

Aktuell bestünden Hinweise auf Aufmerksamkeits- und Belastbarkeitseinschränkungen bei ausreichender Orientierung in allen Modalitäten. Weiterhin seien keine inhaltlichen Denkstörungen, jedoch ein persistierend situatives Gedankenkreisen um die

Arbeitssituation auszumachen . Des Weiteren ergäben sich Zukunftsängste und kein Hinweis auf Zwänge. Im Affekt, insbesondere zum Thema Arbeit, sei eine fortbestehende depressive Vulnerabilität mit phasenweisem Grübeln, Verzweiflung und vereinzelt Schlafstörungen

vorhanden . Es gebe keine psychomotorischen und auch keine circadianen Besonderheiten, ebenso wenig Anhaltspunkte für eine Essstörung. Allgemein seien ein vermindertes Selbstwertgefühl und eine innere Unruhe in Belastungssituationen feststellbar. Suizidalität werde glaubhaft verneint , und Absprachefähigkeit sei gegeben . Der GDS Score liege gegenwärtig bei 3/15 ( vgl. Urk. 6/12/8) , während er bei Klinikeintritt noch bei 12/15 gelegen habe (Urk. 6/18/

## **E. 2**

4. Juli 2012 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an ( Urk. 6/4) . Es wurde ihm ein Arbeitsversuch bei seiner Arbeitgeberin ermöglicht, wo rauf diese

das Arbeitsverhältnis per Ende Dezember 2012 kündigte (vgl. Urk. 6/7 und 6/12/4).

Die IV-Stelle prüfte darauf die Durchführung eines Belastbarkeitstrainings ( Urk. 6/8 , 6/14 und 6/16 ) und schloss die berufliche Eingliederung mit Mittellung vom 25. Oktober 2012 einstweilen ab ( Urk. 6/17). Hernach tätigte sie weitere medizinische (Urk. 6/18 , 6/24, 6/25 und 6/28 ) und erwerbliche ( Urk. 6/19 und 6/20) Abklärungen. Am

## **E. 7**

. Mai 2013 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass er sich besser fühle , und beantragte berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk.

6/27).

Die IV-Stelle stellte darauf mit Vorbescheid vom 29. Mai 2013

die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht ( Urk. 6/31), wogegen der Versicherte Einwand erheben liess (Urk. 6/36) . Am 22. Juli 2013 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für eine Potenzialabklärung durch die Z.\_\_\_\_ ,

A.\_\_\_\_ , vom 16. September bis zum 11. Oktober 2013 ( Urk. 6/47). Mit Mitteilung vom 11. Oktober 2013 schloss die IV-Stelle die berufliche Eingliederung

per sofort ab , da

die Z.\_\_\_\_

vorab mündlich über das Resultat der Potentialabklärung informiert und erklärt hatte, dass der Versicherte aus eingliederungspraktischer Sicht aktuell und innert nützlicher Frist nicht sinnvoll in den ersten Arbeitsmarkt eingliederbar sei respektive dort nicht nachhaltig bestehen könne (Urk. 6/59). Die Z.\_\_\_\_

erstattete am 22. Oktober 2013 ihren Schlussbericht ( Urk. 6/61). Nach dem Eingang eines medizinischen Verlaufsberichts vom 21. November 2013 ( Urk. 6/63)

ordnete die IV-Stelle zuerst die Einholung eines

rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten s an (Urk. 6/66) . Sie

gab dann je doch au f Antrag des Versicherten ( vgl. Urk. 6/81)

ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Urk. 6/83), das auch dessen Zusatzfragen beantworten sollte (vgl. Urk. 6/68, 6/70, 6/85 und 6/92). Das Gutachten wurde am 27. Juni 2014 von der B.\_\_\_\_\_

erstattet (Urk. 6/94). Nachdem der Rechtsvertreter des Versicherten dazu Stellung genommen hatte (Urk. 6/97), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. Oktober 2014 einen Leistungsanspruch (Urk. 2 = 6/101). 2.

Dagegen liess der Versicherte mit Eingabe vom 1. Dezember 2014 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2014 sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Invalidenversicherungsleistungen auszurichten. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S.

2). Die Beschwerdegegnerin schloss am 19. Januar 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 20. Januar 2015 Kenntnis erhalten (Urk. 7).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 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 vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, 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 selbstständige 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 invaliditätsrelevanter 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 selbstständigen 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. 9

).

Anamnestisch hätten sich Hinweise auf einige kritische Lebensereignisse (Suizid der Schwester, Todgeburt eines Kindes) im primären Lebensumfeld und reaktiv deutliche Stimmungseinbrüche mit weiteren Symptomen (Interessenverlust, Anhedonie) ergeben, welche die Kriterien von mindestens leichtgradigen depressiven Episoden erfüllten. Diese seien bisher jedoch – da unbehandelt – offenbar nicht in der Krankengeschichte erwähnt worden. Befragt nach seiner Strategie, sie zu bewältigen, habe der Versicherte erklärt, er habe einfach mehr beruflich gearbeitet. Überdies habe er von „Verdrängung“ gesprochen. Dieser Bewältigungsmechanismus habe bei der aktuellen depressiven Episode nicht mehr geholfen, da ein Auslöser hierbei seine Arbeitssituation selbst gewesen sei (Urk. 6/12/8).

Im Verlauf der Behandlung habe sich das psychopathologische Zustandsbild gebessert. Die anfangs imponierenden depressiven Symptome seien rückläufig. Ferner habe sich auch der somatische und kognitive Zustand verbessert (vgl. Urk. 6/12/8 und 6/18/10).

In der ersten Phase vom 23. April bis zum 8. Juli 2012 habe die Behandlung der depressiven Symptome im Zentrum gestanden. Herausragend seien zu Beginn die innere Unruhe und das kaum zu unterbrechende depressive Grübeln, inhaltlich geprägt um die Erlebnisse am Arbeitsplatz im Vorfeld der Erkrankung (Stresssituation, Konflikte mit Vorgesetzten, zunehmende körperliche und kognitive Überforderung, Selbstabwertung), gewesen. Das letztgenannte Symptom habe durch psychotherapeutische Gespräche und durch den Einsatz von Serotonin im Verlauf deutlich unterbrochen und gemindert werden können. Verbessertes Schlaf, auch unter dem Einsatz von Remeron, sowie die ausführliche reflexive Bearbeitung der aktuellen Situation und des Geschehens am Arbeitsplatz als ein Auslöser der Depression hätten zu einer sukzessiven Besserung der übrigen Symptome geführt. Zu nennen seien eine Verbesserung der anfangs stark depressiv gefärbten Stimmung, eine Selbstwertsteigerung, ein verbessertes Selbstmanagement im Alltag, die Wiederaufnahme von einigen vor der Erkrankung bestehenden ausserberuflichen Interessen, weniger innere Unruhe und die Erarbeitung von Zukunftsperspektiven. Durch gezielte ergotherapeutische Massnahmen habe der Versicherte auch in einzelnen kognitiven Bereichen Fortschritte gemacht. Die Leistungen des Kurzzeitgedächtnisses hätten sich verbessert (von MMS 25/30 bei Eintritt auf MMS 30/30 im August

2012). Auffällig im kognitiven Bereich seien nach wie vor Probleme im Umgang mit Zahlen, welche schon seit der Schulzeit bekannt seien, und Schwierigkeiten in der kognitiven Umstellfähigkeit/Flexibilität bei unstrukturierten komplexeren Material- und Parallelverarbeitungen von Aufgaben. Einschränkungen bestünden auch noch deutlich im Bereich der allgemeinen kognitiven Belastbarkeit. Prognostisch gehe man unter dessen nach klinischem Verlauf von einer länger währenden, gegebenenfalls dauerhaften Beeinträchtigung aus. Durch physiotherapeutische Massnahmen

sei es ferner gelungen, schwere monoton-einseitig hervorgerufene Schmerzen im Schulter-Nackengebiet zu lindern und die körperliche Ausdauer zu steigern. Im Bereich der allgemeinen Ausdauer/Belastbarkeit bestünden jedoch aktuell noch Einschränkungen, altersbedingt (Tempo) wie auch bedingt durch die Einschränkungen, die er seit seiner Melanom-Operation im August 2011 beschreibe (Urk. 6/12/8 f. und 6/18/10 f.).

In der zweiten Phase vom 9. Juli bis zum 15. August 2012 habe der Versicherte bei seiner Arbeitgeberin einen sechswöchigen Arbeitsversuch (jeweils Mo, Mi, Fr von 13 bis 17 Uhr) absolvieren können, obwohl seine Arbeitsstelle bereits von einem neuen Mitarbeiter besetzt gewesen sei (Urk. 6/12/9 und 6/18/11). Dabei hätten sich psychische und kognitive Belastbarkeitseinschränkungen gezeigt. Auf Grund der Beobachtungen in der Ergotherapie und im Stationsalltag sei auch auffällig, dass er deutlich Mühe habe bei Anforderungen, die für ihn neu seien, die er selbst strukturieren müsse oder die von ihm eine gewisse kognitive Flexibilität erforderten. Ferner seien immer wieder leichte Stimmungseinbrüche zu registrieren, wenn er dann bei einer solchen Aufgabe Probleme habe. Neben diesen aktuellen kognitiven und psychischen Einschränkungen sei seit der Melanom-Operation im August 2011 auch die körperliche Belastbarkeit im Vergleich zu der Zeit vor der Erkrankung weiterhin reduziert (Urk. 6/12/10).

Pract. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst gelangte darauf zum Schluss, mit dem Bericht vom 6. September 2012 sei eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 2. April 2012 ausgemessen (Urk. 6/14/2). 3.3

Der Beschwerdeführer begab sich

am 7. September 2012 in ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der D.\_\_\_\_ (Urk. 6/18/2). Gemäss deren Bericht vom 29.

Oktober 2012 wurden Hinweise auf leichte bis

mittelgradige Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen und ein leicht herabgesetztes Kurzzeitgedächtnis erhoben. Im formalen Denken sei der Patient etwas verlangsamt, eingeengt auf seine aktuelle Situation (Kündigung am Arbeitsplatz).

Ab und zu seien Grübeln und Gedankenkreisen vorhanden. Beim Thema Arbeit bestünden im Affekt eine deutlich depressive Grundstimmung, Verzweiflung, Zukunftsängste, das Gefühl, sich nicht mehr gedanklich von der Arbeitssituation lösen zu können. Überdies habe man eine Selbstwertproblematik, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Freudlosigkeit, innere Unruhe und einen mittelgradig verminderten Antriebs festgestellt.

Psychomotorisch sei der Patient leicht unruhig und angespannt. Es bestehe ein sozialer Rückzug (Urk. 6/18/2).

Aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer

rezidivierenden depressiven Störung sei es dem Patienten zur Zeit nicht möglich, eine Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft auszuüben. Aktuell zeige sich unter der Einnahme von Antidepressiva eine teilweise Regredienz der depressiven Symptomatik. Ab wann und in welchem Pensum er wieder arbeitsfähig sei, sei schwer einzuschätzen. Es könne jedoch mit einer günstigen Prognose gerechnet werden. Nach einem halben Jahr sollte die Arbeitsfähigkeit erneut überprüft werden (Urk. 6/18/2 f.). Bis auf Weiteres sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Eine Tätigkeit von zwei bis vier Stunden in einer geschützten Werkstatt sei zumutbar. Die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit bestünden aufgrund der depressiven Symptomatik; namentlich des verminderten Antriebs mit rascher Erschöpfung, der Tagesmüdigkeit und der gedrückten Stimmungslage. Zudem seien leichte kognitive Defizite vorhanden. Es bestünden ein vermindertes Selbstwertgefühl und eine grosse Selbstunsicherheit, welche zu Verunsicherung und Blockiertsein führe. Der Patient benötige länger für Aufgaben, gerate rasch unter Zeitdruck, was ihn verunsichere und überfordere. Es komme zu rascher

Ermüdbarkeit und Tagesmüdigkeit. Unter Belastung könnte er schnell dekomensieren (Urk. 6/18/3 f.) .

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Anästhesiologie und zertifizierter medizinischer Gutachter, vom Regionalen Ärztlichen Dienst, vertrat hierzu die Auffassung, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 50 % auf grund einer mittelgradigen depressiven Störung ohne eingehende weitere Begründung nicht nachvollziehbar sei ( Urk. 6/29/2). 3. 4

Zum physischen Gesundheitszustand geht aus den Akten hervor , dass

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Physikalische Medizin, den Beschwerdeführer am 30. Oktober 2012 untersuchte. Im gleichentags verfassten Bericht hielt er als somatische Diagnosen eine Fingerpolyarthrose bei/mi t betonter, teils erosiver DIP-Arthrose, eine linksseitige Periarthropathia

humeros ca pularis bei/mit Tendopathica , Typ Supraspinatus , und Impingement -Symptomatik, sowie degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule fest ( Urk. 6/29/9). Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, dass die Fingerpolyarthrose durch eine Kombination von erblicher Disposition und der manuell belastenden Tätigkeit in der Glasfirma bedingt sein dürfte ; es gebe dafür keine wirklich wirksame Therapie. Bei den DIP-Gelenken komme es häufig zu einer spontanen Arthrolyse , Abschaben der Osteophyten sei meist eine kosmetische Indikation. Da auf Ende Jahr die Kündigung erfolgt sei, falle zumindest die belastende Tätigkeit vorerst weg. Er habe dem Patienten eine abwartende Haltung empfohlen . Bei einer aktivierten Arthrose könne symptomatisch eine NSAR, z.B. Olfen Duo Release 75 mg bis zweimal täglich , versucht werden (Urk. 6/25/10).

Dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Dermatologie und Venerologie, vom 18. März 2013 zufolge

war

am 7. Juli und am 3.

August 2011 ein malignes Melanom vom SSM-Typ entfernt worden . Der Beschwerdeführer leide überdies an einer Rhinokonjunktivitis

pollinosa . Aufgrund der dermatologischen Diagnose ergebe sich jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ( Urk. 6/24/6 und 6/24/7).

Nebst den bereits genannten Diagnosen hielt die behandelnde Hausärztin, Dr.

med. I.\_\_\_\_ , Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, in ihrem undatierten Bericht diejenige eines degenerativen Halswirbelsäulensyndroms fest (Urk.

6/25/1 ). Die letzte Kontrolle habe am 4. März 2013 stattgefunden. Bis auf Weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weil der Beschwerdeführer wegen kognitiver Störungen, Affektlabilität und Stimmungseinbrüchen eingeschränkt sei (Urk. 6/25/2). 3.5

Die weitere Entwicklung der psychischen Situation wurde im Bericht der D.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2013 und in dessen korrigierter Version vom 3. Juni 2013 beschrieben (vgl. Urk. 6/28 und 6/32 ). Darin

wurde

als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lediglich noch

eine rezidivierende depressive Störung,

gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode ,

aufgeführt ( Urk. 6/ 32 /2). Es bestünden weder Kurzzeit- noch  
Langezeitgedächtnisstörungen, jedoch leichte Konzentrations- und  
Aufmerksamkeitsstörungen. Im formalen Denken sei der Patient geordnet. Er gebe an,  
manchmal über seine aktuelle Situation und seine Zukunft zu Grübeln und unter  
Gedankenkreisen zu leiden. Es bestünden keine inhaltlichen Denkstörungen und kein  
Hinweis auf Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Zwänge. Im Affekt sei er  
fluktuierend zwischen bedrückt und hoffnungslos, pessimistisch, traurig. Er habe Angst vor  
der Zukunft und Tage mit Zuversicht, Hoffnung, doch alles bewältigen zu können, und  
Freude, alltägliche Aktivitäten zu unternehmen. Das Thema „ Situation am letzten Ar  
beitsplatz “ löse eine depressive Stimmung aus. Der Patient zeige eine deutliche Selbstwert  
problematik mit vermindertem Selbstwertgefühl und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten.  
Er sei psychomotorisch leicht unruhig und angespannt, im Antrieb fluktuierend  
vermindert; erhöhte Ermüdbarkeit , reduzierte Belastbarkeit und deutlich reduzierte  
Stresstoleranz. Der Schlaf sei unter Medikation gut . Der Appetit sei normal. Es bestünden  
keine Hinweise auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung (Urk. 6/32/3) .

Aufgrund des fluktuierenden Zustands mit reduzierter allgemeiner Belastbarkeit und  
deutlich verminderter Stresstoleranz mit rascher Überforderung bei unvorhergesehenen  
Situationen im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung sei es dem Patienten zur  
Zeit nicht möglich, eine Tätigkeit in der freien Marktwirtschaft auszuüben. Unter der  
antidepressiven Therapie in Kombination mit Psychotherapie zeige sich eine teilweise  
Reduktion der depressiven Symptomatik. Der Patient sei in der Lage, ab 1. Juni 2013 in  
einem geschützten Rahmen eine Tätigkeit mit einem Pensum von 20 % auszuüben. Eine  
weitere langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf sei bei seiner kooperativen  
und leistungsbereiten Haltung möglich (Urk. 6/ 32 /3).

Die Frage nach der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte  
Tätigkeit wurde dahingehend beantwortet, dass sie vom 20. November 2012 bis zum 31.  
Mai 2013 100 % betragen habe. Ab dem 1. Juni 2013 bestehe eine 80%ige  
Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 6/ 32 /4).

Der Patient sei in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, da unvorhergesehene Aufgaben  
oder Situationen zu einem raschen depressiven Stimmungseinbruch und zu Denkblockaden  
führten. Er zeige diskrete Minderleistungen beim Abrufen und Wiedererkennen verbaler  
Inhalte. Im attentionalen Bereich zeige er leichte Einbußen und ein verlangsamtes  
Arbeitstempo bei Aufgaben der selektiven Aufmerksamkeit. Es zeigten sich diskrete  
Teilleistungsschwächen im mnestischen Bereich, die im Rahmen der depressiven Episode  
gut erklärbar seien. Der Patient sei sehr bemüht, wenige Fehler zu machen, was sich negativ  
auf sein Arbeitstempo auswirke. Er zeige ein gutes Fehlermonitoring (Urk. 6/ 32 /4).

Es sei eine klare engmaschige Strukturierung und Priorisierung der Aufgaben seitens des  
Arbeitgebers nötig . Die Aufgaben müssten einzeln erteilt werden und der Patient müsse die  
Möglichkeit bekommen, diese ohne Druck und in seinem Tempo zu erledigen. Wenn er die  
zugewiesene Tätigkeit abgeschlossen habe, sollte er die nächste bekommen. Er zeige eine  
Belastbarkeitseinschränkung im Alltag auch bei Aufgaben, die ihm bekannt seien. In  
Stresssituationen komme es zu einer raschen Verunsicherung mit Denkblockaden ( Urk.  
6/32/4). 3.6

Im Schlussbericht der Z.\_\_\_\_ zur Potentialerhebung vom 16. September bis zum 11. Oktober 2013 ( Urk. 6/61) wurde bescheinigt, dass der Beschwerdeführer schnell in den Einstieg gefunden und eine grosse Bereitschaft gezeigt habe, sich mit seiner Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit auseinander zu setzen. Er habe authentisch und transparent gewirkt. Immer wieder habe er aus seiner beruflichen Vergangenheit erzählt, insbesondere habe er dabei die Kündigung und die Situation an seinem letzten Arbeitsplatz erwähnt. Dadurch sei deutlich geworden, dass ihn die Situation nach wie vor sehr belastete und wenig verarbeitet sei. Der Verlust des Arbeitsplatzes, seine körperlichen Beeinträchtigungen und das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden, belastete ihn enorm. Wiederholt habe er betont, dass es ihm schon immer schwer gefallen sei, Nein zu sagen und sich abzugrenzen. Erst jetzt habe er realisiert, dass er oft ausgenutzt worden sei. Zu dem sei der Eindruck entstanden, dass es ihm schwer falle, seine momentan geringe Belastbarkeit zu akzeptieren ( Urk. 6/61/2).

Der Beschwerdeführer habe selbständig und ausdauernd mit wenig Vermeidungstendenzen gearbeitet. Es sei ihm wichtig erschienen, die ihm übertragenen Arbeiten möglichst korrekt auszuführen. Um neue Arbeitsabläufe zu verinnerlichen, habe er Zeit benötigt. Die Arbeitsausführung sei deutlich verlangsamt gewesen. Anhand von Beobachtungen bei unterschiedlichsten Arbeitsaufträgen, Testergebnissen und persönlichen Äusserungen des Beschwerdeführers seien eine

eingeschränkte Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit deutlich geworden. Seine körperliche Beeinträchtigung (Polyarthrit) sei offensichtlich und wirke sich negativ auf seine Arbeitsgeschwindigkeit, Mobilität und Flexibilität aus. Dadurch wirke er bei handlungsorientierten Arbeiten, insbesondere bei feintolerischen Tätigkeiten träge und verlangsamt. Somit sei er auf wechselnde Tätigkeiten und Belastungen angewiesen. Nach eigenen Angaben verursache das Heben von Gewichten von mehr als 5 kg Schmerzen. Seine fachlichen Ressourcen lägen klar in manuellen Tätigkeiten. Abstrakte, konzeptionelle und kreative Arbeiten gehörten nicht zu seinen Stärken ( Urk. 6/61/3).

In der Zusammenarbeit mit den anderen Teilnehmenden habe sich der Beschwerdeführer sehr kooperativ und lösungsorientiert gezeigt. Mit seiner zurückhaltenden und sorgfältigen Art und Weise habe er Ruhe und Gelassenheit in die Gruppe gebracht und so massgeblich zu einer entspannten Gruppenatmosphäre beigetragen. Gemeinsame Aufgaben habe er pflichtbewusst erledigt und es sei ihm gelungen, mit angemessenen Vorschlägen und adäquater Kommunikation die Gruppe und ihre Ziele zu unterstützen. Das Selbstvertrauen im Zusammenhang mit seiner psychisch und physisch geringen Stabilität scheine stark eingeschränkt. Er verfüge gemäss seiner Eigeneinschätzung aktuell über wenig positive Selbstinstruktion und ein hohes Bedürfnis nach sozialer Unterstützung. Er reagiere sensibel auf Druck- und Stresssituationen und sei auf eine wohlwollende Begleitung angewiesen. Seine Umgangsformen seien jederzeit freundlich und der Situation entsprechend gewesen. Grundsätzlich habe er sich in Bezugs personengesprächen offen, ehrlich und selbstkritisch gezeigt ( Urk. 6/61/3).

Die aktuelle Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei durch die physische und psychische Instabilität stark beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer sei auf klare Vorgaben und Strukturen sowie auf eine enge, wohlwollende Begleitung und ein zeitnahes Feedback angewiesen. Eine für den ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei zum aktuellen Zeitpunkt nicht gegeben. Arbeitsrehabilitative Massnahmen erschienen aufgrund der massiven Verlangsamung, der körperlichen Beeinträchtigung und der psychischen Instabilität aktuell

als wenig sinnvoll. Aufgrund der momentan geringen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit und der körperlichen Beeinträchtigungen, welche eine Tätigkeit im angestammten Berufsfeld verunmöglichten, würden seine Chancen auf dem Arbeitsmarkt als sehr gering eingeschätzt. Zur Erhaltung einer Tagesstruktur und zur Stärkung des Selbstvertrauens erscheine eine geeignete Beschäftigung als empfehlenswert (Urk. 6/61/4). 3.7

In einem weiteren Bericht der D.\_\_\_\_ vom 21. November 2013 (Urk. 6/63) wurde in psychischer Hinsicht erneut eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradige Episode, diagnostiziert. Es wurde unter anderem vermerkt, dass der Patient angebe, manchmal über seine aktuelle Situation und seine Zukunft zu grübeln und unter Gedankenkreisen zu leiden. Aktuell könne er das Gedankenkreisen teilweise stoppen. Im Affekt sei er fluktuierend, zwischen be drückt, hoffnungslos, pessimistisch, traurig, Angst vor der Zukunft und Tagen mit

Zuversicht, Hoffnung, doch alles bewältigen zu können, Freude, alltägliche Aktivitäten zu unternehmen. Das Thema „Situation am letzten Arbeitsplatz“ löse immer noch eine depressive Stimmung aus. Der Patient zeige eine deutliche Selbstwertproblematik mit vermindertem Selbstwertgefühl und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Er stelle zu grosse Anforderungen an sich und habe Mühe, bei Schwierigkeiten Hilfe zu holen, aus Angst, zurückgewiesen zu werden. Psychomotorisch sei er ruhiger und entspannter. Der Antrieb sei fluktuierend vermindert, es bestünden eine erhöhte Ermüdbarkeit, eine reduzierte Belastbarkeit und eine deutlich reduzierte Stresstoleranz.

Es wurde eine vom 20. November 2013 bis auf Weiteres andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. In einer geschützten Umgebung betrage die Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Dezember 2013 50%. Die Einschränkungen und deren Auswirkungen bei der Arbeit wurden mit exakt demselben Wortlaut beschrieben wie im Vorbericht vom 3. Juni 2013 (Urk. 6/63/4; vgl. Urk. 6/32/4).

Auch hierzu bemerkte Dr. F.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ohne Weiteres nachvollziehbar sei. Es fehle eine nähere Begründung. Auch bleibe unklar, inwieweit fachfremde somatische Befunde in die Beurteilung eingeflossen seien (Urk. 6/100/5). 3. 8

Das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2014 enthält folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/94/14):

1.

Leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

2.

Zervikovertebrales Syndrom bei Spondylarthrose der Halswirbelsäule

3.

Ausgeprägte Fingerpolyarthrose.

Überdies wurden eine saisonale Rhinokonjunktivitis, ein Status nach zweimaliger Melanomentfernung am Rücken und eine Adipositas diagnostiziert, welchen kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen sei (Urk. 6/94/14).

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Glaszuschneider sei aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar. Aus psychischen Gründen bestehe eine Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten von 30 % . Die leicht- bis mittelgradige depressive Episode habe sich sukzessive entwickelt und im Jahr 2010 (gemeint wohl: 2012) mit einer mittelgradigen depressiven Symptomatik ihren Höhepunkt erreicht. Im Rahmen einer Potenzialerhebung durch die Z.\_\_\_\_

im September/Oktober 2013 sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten immer noch als stark beeinträchtigt beschrieben worden. Offensichtlich habe sich der psychische Zustand bis zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt verbessert. Im affektiven Bereich könne noch eine mässiggradige depressive Stimmungslage verzeichnet werden und es zeigten sich neuropsychologisch leichte Funktionsstörungen, insbesondere eine Verlangsamung und eine verminderte konzentrierte Belastbarkeit. Wie im psychiatrischen Fachgutachten dargestellt, seien die leichten kognitiven Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Folge der affektiven Störung und zeigten nicht den Beginn einer organischen Hirnerkrankung an. Die aktuellen psychischen Auffälligkeiten bedingten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 30 % sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch einer Verweistätigkeit. Aus internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr und in einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 70 % ( Urk. 6/94/14 und 6/94/15) .

Hinsichtlich des Belastungsprofils wurde festgehalten, dass dem Versicherten eine körperlich leichte bis zeitweise mittelschwere Tätigkeit ohne ausgesprochene Haltungsmonotonie ganztags zumutbar sei. Wegen der Fingerpolyarthrose und des Zervikal-Syndroms seien dabei kraftaufwendige Tätigkeiten und repetitives Heben von Lasten über 10 bis 15 kg nicht möglich. Insbesondere seien Zwangshaltungen zu vermeiden. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeit mit dem Erfordernis einer hohen Daueraufmerksamkeit und längerer Konzentrationsphasen zu vermeiden. Sicherheitsrelevante Aufgaben oder Arbeiten, die einer schnellen Reaktionsfähigkeit bedürfen, seien ungünstig. Vorteilhaft seien eher repetitive Arbeiten mit erhöhtem Routineanteil und mit mässigen Anforderungen an die Daueraufmerksamkeit und die Konzentration ( Urk. 6/94/15).

In retrospektiver Hinsicht wurde

vermerkt , dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht vermutlich bereits ab 2010 nicht mehr zumutbar gewesen wäre. Der Versicherte habe aber offensichtlich bis April 2012 gearbeitet .

Seit April 2012 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor .

Der psychische Gesundheitszustand habe sich ab Herbst 2013 bis zum Datum der aktuellen Untersuchung verbessert. Der genaue Verlauf der Besserung könne nicht sicher beschrieben werden. Man gehe deshalb davon aus, dass seit dem Untersuchungszeitpunkt die genannte 70%ige Arbeitsfähigkeit (in angepasster Tätigkeit) bestehe . Für die Zeit zwischen April 2012 und Herbst 2013 werde für den Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf die behandelnden Psychiater verwiesen (Urk. 6/94/16 und 6/94/17 ).

Zur Frage, ob psychosoziale Faktoren überwiegen oder eine allfällige Arbeitsunfähigkeit vor allem auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen sei, wurde festgehalten, dass ein psychisches Leiden mit Krankheitswert führend sei. Für die auffällige Diskrepanz zur aktuellen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seitens des Versicherten (er sehe sich nur zu maximal 50 % an einem geschützten Arbeitsplatz arbeitsfähig) seien an psychosozialen Kontextfaktoren jedoch das fortgeschrittene Alter und die ursprünglich beabsichtigte Pensionierung im 63. Lebensjahr anzumerken (Urk. 6/94/17).

Die von Seiten des Beschwerdeführers gestellte Zusatzfrage, ob angesichts seines fortgeschrittenen Alters und seiner Persönlichkeitsstruktur sowie der bestehenden psychischen und somatischen Gesundheitsschäden und der daraus resultierenden Einschränkungen die Verwertung einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht möglich sei (vgl. Urk.

6/68/2, 6/70 und 6/85), wurde dahingehend beantwortet, dass eine umschriebene Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorliege. Unter Einhaltung des beschriebenen Belastungsprofils sei eine Verwertung aus medizinischer Sicht möglich. Eine limitierende Persönlichkeitsstruktur sei nicht gegeben. Das fortgeschrittene Alter sei nach derzeitiger versicherungsmedizinischer Diktion kein Grund, die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu werten (Urk. 6/94/18). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2014 beruht auf körperlichen, psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers, welche in der Zeit vom 19. Mai bis zum 2. Juni 2014 stattfanden (vgl. Urk.

6/94/1). Es wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt und berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen. Überdies setzt es sich detailliert mit anders lautenden Beurteilungen, namentlich der von den behandelnden Psychiatern gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung auseinander. Seine eigene Einschätzung, gemäss welcher

aus psychiatrischer Sicht lediglich eine depressive Episode zu diagnostizieren ist, deren Behandlung seit April 2012 in den medizinischen Akten beschrieben wird, begründet es einleuchtend und nachvollziehbar (Urk. 6/94/30).

Das Gutachten der B.\_\_\_\_ erfüllt folglich

insoweit die von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). 4.2

Darüber hinaus haben die Gutachter der B.\_\_\_\_ in ihren Ausführungen eingehend und schlüssig dargelegt, dass der Beschwerdeführer wegen seiner physischen Gesundheitsbeeinträchtigungen

in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Glas Schneider zu 100 % arbeitsunfähig ist und nur noch behinderungsangepasste Tätigkeiten mit dem umschriebenen Belastungsprofil

verrichten kann. Ebenso wurde nachvollziehbar und einleuchtend begründet, dass überdies

ein

psychisches Leiden mit Krankheitswert besteht, aufgrund dessen aktueller

symp tomatischer Ausprägung ab dem Zeitpunkt der Begutachtung (d.h. Juni 2014)

eine behinderungsangepasste Tätigkeit lediglich in einem beschränkten Umfang von 70 % zumutbar ist . Die se gutachterlichen Feststellungen sind be weiskräftig.

Die Beschwerdegegnerin vertritt den Standpunkt, dass eine leichte bis mittel schwere depressive Episode

gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein invalidisierende r psychischer Gesundheitsschaden

sei , da es an der gefor derten Erheblichkeit in Bezug auf Schwere, Ausprägung und Dauer mangle ( Urk. 2 S. 3 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2010 vom 4. August 2010 E.

3.5 mit Hinweis en und BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Die zitierten Bundesgerichts entscheide äussern sich jedoch

lediglich zur Frage, ob die im je weils konkreten Fall d iagnostizierte depressive Episode eine psychische Komor bidität von erheb licher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer darstellt , welche – allenfalls zusammen mit weiteren Umständen – eine Ausnahme von der damals noch massgeblichen Vermutung

begründet , dass die gleichzeitig diag nostizierte soma to forme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willens an streng ung überwindbar sind ( vgl. BGE 139 V 547 E. 3 , 131 V 49 E. 1.2 und 130 V 352 E. 2.2.3 ).

Eine somatoforme Schmerzstörung stand hier nie zur Diskussi on, ebenso wenig sonst ein pathogenetisch -ätiologisch unklares syndromales

Be schwerdebild ohne organische Grundlage . Die fraglichen Ent scheid e sind somit weder relevant noch lassen sie die von der Beschwerdegeg nerin gezogenen Schlüsse zu. Vielmehr wird eine invalidisierende Wirkung ei ner mittelgradigen depressiven Störung, welche nicht bloss Begleiterscheinung einer Schmerz krank heit ist, auch vom Bundesgericht nicht von vornherein aus geschlossen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_690/2013 vom 2 2. Juli 2014 E. 4.2). Entgegen der von der Beschwerdegegnerin im Weiteren vertretenen An sicht kommt es auch nicht darauf an, ob und wie schnell die diagnostizierte de pressive Episode therapierbar ist (vgl. Urk. 2 S. 2). Die Behandelbarkeit eines psychischen Leidens sagt, für sich allein betrachtet, nichts Abschliessendes über dessen invalidi sie ren den Charakter aus ; vielmehr ist im konkreten Einzelfall zu prüfen, ob die fach ärztlich diagnostizierte psychische Erkrankung invaliditäts relevant ist , nament lich ob die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Renten zusprache

erfüllt sind (BGE 127 V 294 E. 4c).

Als Zwischenergebnis ist somit festzuhalten, dass mit dem Gutachten der B. \_\_\_ vom 2 7. Juni 2014 physische und psychische Gesu ndheitsschäden ausge wie sen sind , welche den Beschwerdeführer in organischer Hinsicht dauerhaft und im Übrigen zumindest während einer längere n Zeit ( Urk. 6/94/16; vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV) in seiner Arbeits fähigkeit beeinträchtigen.

Zur retrospektiven gutachterlichen Beurteilung ist hier

bereits

zu bemerken, dass insoweit nachvollziehbar und schlüssig dar gelegt wurde,

weshalb aus rheumatologischen Gründen von einer

100%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit April 2012 auszugehen ist (Urk. 6/94/17). Die einjährige Wartezeit ist daher

ohne Weiteres erfüllt (vgl. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG). Unter diesen Umständen

wäre die Beschwerde gegen

vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. Oktober 2014 dazu gehalten gewesen

zu überprüfen, ob der Beschwerdeführer mit der ab Juni 2014 attestierten 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen kann oder ob ein rentenanspruchsbegründender Invaliditätsgrad resultiert. Dies wird nachzuholen sein. 4.3

Hinsichtlich der retrospektiven gutachterlichen Beurteilung der B.\_\_\_\_ ist vorab erneut zu bemerken, dass sie in somatischer Hinsicht überzeugt. Für den Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wird für die Zeit zwischen April 2012 und Herbst 2013 lediglich auf die behandelnden Psychiater verwiesen. Zwischen Herbst 2013 und Juni 2014 habe eine Besserung der Arbeitsfähigkeit stattgefunden, wobei der genaue Verlauf in dieser Zeitspanne nicht beschrieben werden könne (Urk. 6/94/17). Es erscheint fraglich, ob und inwieweit in diesen Ausführungen überhaupt eine eigenständige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu erblicken ist. Sie lassen jedenfalls zumindest ausser Acht, dass das polydisziplinäre Gutachten unter anderem zur Klärung der Diskrepanz zwischen der von den behandelnden Psychiatern attestierten hohen Arbeitsunfähigkeit und der eher wenig ausgeprägten psychischen Störung (beziehungsweise Symptomatik) in Auftrag gegeben wurde (Urk. 6/94/3, 6/94/20 und 6/94/28; vgl. Urk. 6/100/5). Vor diesem Hintergrund wäre eine kritische Auseinandersetzung mit den betreffenden Arztberichten und den darin vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen zu erwarten. Eine solche fand nicht statt (vgl. Urk. 6/94/12 und 6/94/20 ff.). Es wurde einzig und insoweit auch noch nachvollziehbar bemerkt, dass ab dem Beginn der stationären Behandlung vom 23. April 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten vorliegen habe (Urk. 6/94/30). Die Entlassung erfolgte jedoch bereits am 31. August 2012 (vgl. Urk. 6/12/7 und 6/18/12). Mangels einer Diskussion der Berichte der nachbehandelnden Psychiater erweist sich das Gutachten der B.\_\_\_\_

ab diesem Zeitpunkt als unvollständig und nicht schlüssig begründet.

Es wird in diesem Punkt zu ergänzen sein.

Daran vermag auch nichts zu ändern, dass bei der psychiatrischen Beurteilung

offenbar berücksichtigt wurde, dass – nach einer gewissen Besserung der Symptomatik – im September/Oktober 2013 eine Potentialerhebung durch die Z.\_\_\_\_ stattgefunden hatte, worauf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Versicherten durch physische und psychische Instabilität und eine deutliche Verlangsamung noch als stark beeinträchtigt beschrieben wurde.

Insbesondere vermag der vom psychiatrischen Gutachter daraus gezogene Schluss, offenbar hätten sich der psychische Zustand und die Leistungsfähigkeit

seit Herbst 2013

bis zum aktuellen Untersuchungszeitpunkt verbessert (Urk. 6/94/14, 6/94/29 und 6/94/30), nicht zu überzeugen. Aus dem Ergebnis der Potentialabklärung durch die Z.\_\_\_\_

lässt sich nämlich

nicht ohne Weiteres

folgern, wie sich der psychische Gesundheitszustand und die sich daraus ergebenden Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt präzisieren. Dies muss umso mehr gelten, als im Schlussbericht der Z.\_\_\_\_

nebst den psychischen auch die somatischen Einschränkungen, namentlich diejenigen durch die Polyarthritiden berücksichtigt wurden (Urk. 6/61/3 und 6/61/4). Die Annahme einer ab Herbst 2013 (mit der Z.\_\_\_\_-Abklärung als Referenzpunkt) eingetretenen Verbesserung erscheint daher als fraglich, zumindest aber nicht als schlüssig begründet.

Der Verlauf zwischen Ende November 2013 und der Begutachtung ist nicht ansatzweise dokumentiert und wurde dementsprechend auch bei der gutachterlichen Einschätzung offengelassen (Urk. 6/94/17). Auch in diesem Punkt besteht

Klärungs- und Ergänzungsbedarf.

Aus dem Gesagten folgt, dass sich mit dem Gutachten der B.\_\_\_\_ der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit nicht beurteilen lässt, da es in psychiatrischer Hinsicht unvollständig und nicht überzeugend ist.

Mit den übrigen vorhandenen medizinischen Unterlagen lässt sich der hier zur Diskussion stehende Sachverhalt ebenfalls nicht beurteilen, ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc),

ebenso der noch zu thematisierenden Kontroversen. Das Gutachten der B.\_\_\_\_

ist daher –

nach dem Beizug weiterer Berichte der behandelnden Psychiater bezüglich des bis anhin nicht dokumentierten Zeitraums von Ende November 2013 bis zur Begutachtung (vgl. auch Urk. 6/97/3) – zu ergänzen. Dabei wird unter anderem auch zu klären sein, weshalb die sowohl vom Beschwerdeführer selbst (Urk. 6/17) als auch ärztlicherseits festgestellten Verbesserungen nicht deutlicher

in der attestierten Arbeitsfähigkeit zum Ausdruck kamen (vgl. Urk. 6/28 und 6/32). Ebenso stellt sich die Frage, ob und inwieweit invaliditätsfremde Faktoren, wie zum Beispiel das Alter des Beschwerdeführers und die damit verbundenen Limitierungen, in die jeweiligen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen der behandelnden Psychiater Eingang fanden. 4.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Verlauf der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zwischen Ende November 2013 und der Begutachtung (Juni 2014) gänzlich ungeklärt ist. Überdies erweist sich das Gutachten der B.\_\_\_\_ aus den dargelegten Gründen in wesentlichen Punkten als ergänzungsbedürftig. Unter diesen Umständen

erscheint es gerechtfertigt, die Beschwerdegegnerin mit den ergänzenden Sachverhaltsabklärungen

zu betrauen (BGE 137 V 210 E).

4.4.1.4). Anschliessend wird sie eine korrekte Ermittlung des Invaliditätsgrades vorzunehmen haben, welche der zum Teil noch zu eruiierenden und der ab Juni 2014 bereits festgestellten Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeitsrechnung trägt. Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme der erforderlichen Weiterungen sowie zur neuer Entscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

5.1

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.-- festzusetzen. Dem Ausgang entsprechend sind die Kosten des Verfahrens der Beschwerdegegnerin als unterliegender Partei aufzuerlegen (BGE 137 V 210 E. 7.1). 5.2

Ebenso hat der Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht;

GSVGer). Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Ob siegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheint eine auf Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2014 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Walter Keller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 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

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