

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00678 vom 8. Juni 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00678](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00678)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00678 du 8 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00678 del 8 giugno 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).

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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

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

#### **E. 1.4**

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 Vorakten (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2. 1

RAD-Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 3. Mai

2012 (Urk. 8/28) über ihre Untersuchung vom 26. April 2012 und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig depressive Episode, sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge vom abhängig-ängstlichen Typ (S. 4). Sie führte aus, zum aktuellen Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner Einschränkungen auf psychofunktionellem Leistungsniveau als 50 %

(richtig wohl: 30 %) arbeitsfähig zu erachten, wobei die fehlenden 20 % einer 50 % igen Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Rekonditionierungsphase bei mittlerweile knapp zwei Jahre dauernder Arbeitsunfähigkeit und inbegriffener Dekonditionierung zu begreifen seien. Das Erreichen einer mindestens 50 % igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in

angepasster Tätigkeit sei im Verlauf eines Jahres zu erwarten. Für die weitere Arbeitsunfähigkeit

könne nur

auf die Aktenlage abgestellt werden, so mitgeteilt eine 100 % ige Arbeitsunfähigkeit vom 16. Juli 2010 bis 26. April 2012 (S. 5 f.).

Auf psychofunktionellem Leistungsniveau ergäben sich aktuell folgende Einschränkungen: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routine sei aufgrund der noch schnellen Überforderungstendenz als mittelgradig eingeschränkt zu erachten. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei aufgrund des noch bestehenden Antriebsmangels ebenso wie die Durchhaltefähigkeit als mittelgradig eingeschränkt zu erachten. Die Kontaktfähigkeit

zu dritten/Selbstbestimmungsfähigkeit

sei

- aufgrund der soziophoben Komponente und der depressiven Ängstlichkeit in Gruppen - als mittelgradig, im Zweipersonenkontakt als uneingeschränkt zu erachten. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei aufgrund der depressiven Antriebslosigkeit mittelgradig eingeschränkt. Die Wegefähigkeit

sei aufgrund der soziophoben Komponente mittelgradig eingeschränkt. Die 50 % Arbeitsfähigkeit bei 30 % iger Leistungsfähigkeit und zu erwartender mindestens 50 % iger Arbeitsfähigkeit g e l t e ab Untersu chungsdatum . Die

Arbeits fähigkeit sei anzunehmen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Techniker ohne leitende Funktion wie für jede entsprechende an gepasste Tätigkeit, zunächst mit der Möglichkeit, in einem überschaubaren Ar beitsumfeld , d.h. in einem kleine n Team mit der Möglichkeit, vermehrt Pausen einzulegen. Aktuell seien keine weiteren medizinischen Abklärungen notwendig (S. 6) .

## **E. 2**

Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog Akten des Krankentaggeldversicherers bei und tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklä rungen, wobei sie unter anderem den Versicherten durch ihren regionalen ärzt lichen Dienst (RAD) untersuchen liess ( Urk. 8/28).

Am 28. Juni 2012 ( Urk. 8/37) erteilte sie dem Versicherten Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 16. Juli bis 12. Oktober 2012 und am 4. Oktober 2012 ( Urk. 8/54) für ein Aufbautraining vom 15. Oktober 2012 bis 12. April 201

### **E. 2.2**

Die seit 19. Oktober 2011 ambulant behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Bericht vom 25. November 2013 ( Urk. 8/104/5-7) eine mittelgr adige depressive Episode ( Burn

Out), eine Ago raphobie sowie Panikattacken (S.

1) . Sie schilderten ein seit Juli 2010 besteh endes Lei den ( Burn Out/Mobbing) mit Erschöpfung, Gedankenkreisen, Energielosig keit , sozialem Rückzug Motivationslosigkeit, depressiver Vers timmung, Freudlosig keit , Antriebslosigkeit, geringem Selbstwert, dauernder Müdigkeit und Panikat tacken . Sodann bestehe seit 14 Jahren eine Angstsymptomatik, der Beschwer deführer habe Angst vor Menschenmengen und engen Räumen. Der Beschwer deführer habe von einer schwierigen Kindheit berichtet, seine Eltern seien nur an Leis tung interessiert gewesen. Er habe sich in der Folge seinen Selbstwert nur über Leistungsanerkennung aufgebaut. Der Beschwerdeführer habe ein Burn Out erlitten infolge Überschreitung der psychischen und physischen Belastungs grenzen und Raubbau an den eigenen Ressourcen (S. 2) .

Die Ärzte attestierten eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit Mitte April 2013 unter Hinweis auf eine zuvor bestehende vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit Herbst 2011 (S. 3) . 2. 3

PD Dr. A.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 31. Mai 2014 ( Urk. 8/127) fest, der Beschwerdeführer wirk e äusserlich ruhig und wenig auffällig. Lediglich einen gewissen Mangel an Elan k ö n n e man vermuten. Es best ünden keine Stö rungen des Bewusstseins oder der Orientierung. Das Denken sei formal geord net. Es be st ünden weder Wahn noch Halluzinationen. Mnestiche Störungen l ä gen nicht vor, jedenfalls nicht bei kürzer

dauernder Anstrengung. Das Gleiche gilt für die Konzentrationsfähigkeit. In der Stimmung wirkt der Beschwerdeführer leicht gedrückt. Er berichtet, dass es ihm recht unterschiedlich gehe. Dabei meine er vor allem die Verfassung bei längerdauernder Arbeit. Nach getaner Arbeit, die am Vormittag stattfindet, fühle er sich jeweils müde und ausgelaugt. Fast jeden Tag müsse er sich hinlegen und schlafe dann ein bis zwei Stunden. Ein genereller Leistungsabfall, Konzentrationsschwäche und Gedächtnisprobleme würden sich bei längerdauernder Arbeit einstellen oder auch unter Stress. Generell berichtet er von einer gewissen Freudlosigkeit, die alle Lebensbereiche betraf, auch einen Mangel an Initiative und Elan, der unter anderem dazu führe, dass seine Freizeit und sein Privatleben karg seien. Die erhöhte Ermüdbarkeit belaste ihn stark, auch die verminderte Stresstoleranz und die generell verminderte psychische Belastbarkeit. Der Schlaf sei mit der aktuellen Medikation wenig beeinträchtigt. Der Appetit sei nicht gestört. Eine innere Unruhe wesentlichen Ausmasses bestehe nicht. Wohl aber erlebe sich der Versicherte, besonders bei Ermüdung, subjektiv verlangsamt. Negative Gedanken kämen in Form von Ineffizienzgefühlen vor, auch vereinzelt immer noch ein gewisser Lebensüberdruß. Ängste erlebe der Beschwerdeführer derzeit weiterhin, so spontane Angstattacken und auch Angstgefühle in bestimmten Situationen. Er erlebe diese aber nicht mehr als wesentlich beeinträchtigend (S. 8).

Der Experte hielt fest, der Beschwerdeführer habe wahrscheinlich schon seit dem frühen Erwachsenenalter leichtere Zustände von Depression und Erschöpfung gehabt, die er aber nicht als solche erkannt habe. Erstmals einen solchen Zustand von ausgeprägter Schwere habe er im Jahre 2007 gehabt, als er bei einer Netzwerkfirma gearbeitet habe. Auch damals habe er die Veränderung nicht als krankhaft erkannt und sich deshalb auch nicht krankschreiben lassen. Er habe ein Time out von sechs Monaten eingelegt, das er in D. \_\_\_\_\_ verbracht habe. Er habe gehofft, sich auf diese Weise wieder zu erholen, was ihm im Wesentlichen gelungen sei. Als er im April 2008 eine Stelle als Servicetechniker für Computerkassen und als Teamleader angetreten habe, sei er, wie er sage, ausserordentlich gefordert gewesen. Auch seien nach seiner Beurteilung mobbingartige Zustände aufgetreten. Er sei schliesslich in einen Zustand von schwerer Depression und Erschöpfung geraten und ab 16. Juli 2010 vom Hausarzt zu 100% krankgeschrieben worden. Dieses Datum sei auch als der Zeitpunkt zu betrachten, zu dem er zu mindestens 20% arbeitsunfähig gewesen sei. Vier Monate nach der Krankschreibung sei auf Ende Januar 2011 die Kündigung erfolgt. In der Folge habe er bis zum Beginn der IV-unterstützten Reintegration im Juli 2012 krankheitsbedingt nicht mehr gearbeitet (S. 9).

Es hätten hausärztliche, psychologische und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen stattgefunden, die nicht zu einer fundamentalen Zustandsverbesserung geführt hätten. Der Beschwerdeführer werde nun im C. \_\_\_\_\_

behandelt. Die Therapie sei intensiv. Neben Psychotherapie sei fast das gesamte Spektrum der Antidepressiva getestet worden. Der Beschwerdeführer habe zweimal psychiatrisch hospitalisiert werden müssen (vom 14. September bis 20. Oktober 2011 in der Klinik E. \_\_\_\_\_ und im Jahre 2012 in der Klinik F. \_\_\_\_\_). Auch diese Hospitalisationen

hätten nicht zu einer substantiellen Zustandsverbesserung geführt. Es sei zu gewissen Divergenzen zwischen medizinischen Beurteilern bezüglich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit gekommen. So habe

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Pharmazeutische Medizin, die Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung gestellt und prognostisch eine baldige Wiederherstellung im Sinne voller Arbeitsfähigkeit angenommen. Für die Zeitpunkte selbst, zu denen er den Beschwerdeführer untersucht habe, habe aber auch er eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert (Bericht vom 31. Dezember 2010, Urk. 8/8/6-9). Alle anderen Untersucher und Beurteiler hätten die Diagnose einer Depression gestellt, meist mittelschwer, und eine volle oder 50%ige Arbeitsunfähigkeit bejaht. Der Beschwerdeführer habe schliesslich von einer IV-unterstützten Integrationsmassnahme profitieren können, die von Juli 2012 bis Dezember 2013 gedauert habe. Der Beschwerdeführer sei seit 1. Januar 2014 bei der Z.\_\_\_\_ als Projektleiter und im Support im Bereich Fach-IT des Bevölkerungsamtes zu 50 % tätig. Es handle sich um eine nun für ihn gesicherte Position (S. 9 f.).

PD Dr. A.\_\_\_\_

erachtete eine über 50 % hinaus gehenden Reintegrierbarkeit

in den Arbeitsmarkt als nicht möglich und führte aus, in den Akten

werde festgehalten, dass der Beschwerdeführer durch die jetzige 50 % Arbeitstätigkeit immer wieder an seine psychischen und physischen Belastungsgrenzen gerate, weshalb sich eine Steigerung der Belastung kontraproduktiv auf die Rückfallprophylaxe auswirke (Bericht der Ärzte des C.\_\_\_\_ vom 25. November

2013, Urk. 8/104/5-7 S. 2). Der zuständige Arzt Dr. H.\_\_\_\_

habe angegeben, dass man die Arbeitsfähigkeit während des Reintegrationsprogramms versuchsweise immer

wieder über 50 %

habe steigern wollen, „was sich aber jedes Mal als totale Überforderung, akute Rückfallgefahr und als unrealistisch bzw. inadäquat erwiesen hatte“. Auch bei der Untersuchung im Rahmen der Begutachtung habe der Beschwerdeführer Symptome gezeigt beziehungsweise Angaben gemacht, die klar gegen eine Erhöhung des Pensums sprächen. Nicht nur bestünden weiterhin Zeichen einer Depression, die sich überwiegend in Rest- und Residualsymptomen manifestierte (Freudlosigkeit, Mangel an Initiative und Elan, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Stresstoleranz, generell verminderte psychische Belastbarkeit), auch bezüglich der Arbeit selbst zeigten sich die Grenzen seiner Möglichkeiten. Nach getaner Arbeit, die am Vormittag stattfindet, fühle er sich jeweils müde und ausgelaugt. Fast jeden Tag müsse er sich hinlegen und schlafe dann ein bis zwei Stunden. Dies schliesse eine regelmässige Arbeit am Nachmittag aus. Gut dazu passe, dass sein Freizeitleben karg sei. Er verbringe viel Zeit vor dem TV-Gerät beziehungsweise im Bett und es fehle ihm der Elan und die Kraft, etwas zu unternehmen (S. 10 f.).

Der Gutachter stellte zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer leide seit gegen 17 Jahren an rezidivierenden Depressionen. Die aktuelle Depression bestehet seit spätestens Juli 2010. Gesamthaft sei die aktuelle Depression unter Berücksichtigung der Rest- und Residualsymptome als mittelschwer zu bezeichnen (F33.1). Auch bestünden Symptome einer Angstkrankheit mit Panikattacken und Agoraphobie, die für Fragen der Arbeitsfähigkeit aber nicht von wesentlicher Bedeutung seien. Der Beschwerdeführer sei von Juli 2010 bis Juli 2012 voll arbeitsunfähig gewesen. Durch eine IV-unterstützte Reintegrationsmassnahme, die von Juli 2012 bis Dezember 2013 gedauert habe und für

die eine 100 % Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sei , sei es gelungen , dass er heute eine Festanstellung bei der Z.\_\_\_\_ im IT-Bereich innehat , an der er sich gut bewährt . Es sei andererseits nicht von der Hand zu weisen, dass der Genesungsprozess nur partiell sei . Nach wie vor zeige der Beschwerdeführer depressive Rest- und Residualsymptome auf. Eine Erhöhung des Arbeitspensums - in diesem oder einem anderen Beruf - sei in dieser Situation nicht möglich und entsprechende Versuche wären kontraproduktiv. Der Beschwerdeführer sei stark motiviert und bestrebt , seine aktuelle Stelle zu halten. Er sei somit seit 1. Januar 2014 für unabsehbare Zeit nur zu 50 % arbeitsfähig. Dies gelte für den aktuellen wie auch jeden anderen Beruf. Die psychiatrisch - psychotherapeutische Behandlung sei adäquat und sollte fortgesetzt werden. Suchtprobleme, ausser Rauchen, bestünden nicht (S. 11) . 2. 4

Mit Bericht vom 1. August 2014 ( Urk. 8/166) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 24. bis 31. Juli 2014 (Zuweisung zur Krisenintervention aufgrund schwerer depressiver Symptomatik mit Suizidgedanken nach ablehnendem Vorbescheid) diagnostizierten die Ärzte der

I.\_\_\_\_ AG eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige Episode, eine Agoraphobie mit Panikstörung, einen Verdacht auf schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen sowie anamnestisch akzentuierte zwanghafte und selbstunsichere Persönlichkeitszüge (S. 1).

Die Ärzte führten aus , der Beschwerdeführer habe ein depressives Zustandsbild mit Perspektivlosigkeit, Affektlabilität, Lebensüberdrossgedanken , jedoch ohne suizidal e Handlungsabsichten, niedergestimmte Affektlage und Grübelneigung beim Einschlafen geschildert . Im Vordergrund stehe die Belastung durch die Ablehnung des IV-Renten-Antrages (richtig: ablehnender Vorbescheid) . Im Rahmen einer Integrationsmassnahme habe er bereits versucht, sein Arbeitspensum über 50 % hinaus aufzustocken, was ihm jedoch aufgrund von Konzentrationsstörungen und rascher Erschöpfung nicht gelungen sei. Insgesamt gehe er gerne und wolle auch weiter arbeiten, eine Erhöhung des bisherigen 50 % -Pensums komme jedoch nicht in Betracht. Die ( agoraphobische ) Symptomatik bestehe weiterhin, in grösseren Menschenmengen befürchte er, ohnmächtig zu werden und erleide Panikattacken. Auf die etablierte Medikation mit Wellbutrin habe er gut angesprochen .

Die Ärzte hielten weiter fest, im Fokus der Behandlung habe das Erarbeiten von Strategien im Zusammenhang mit der Beziehungsgestaltung beziehungsweise mit Beziehungsabbrüchen gestanden . Der Beschwerdeführer habe sich initial zunächst ambivalent gegenüber der Behandlung auf der Kriseninterventionsstation

gezeigt und nur bedingt am abteilungsinternen Therapieprogramm teilgenommen. Im Verlauf habe sich jedoch eine affektive Stabilisierung gezeigt und er habe angegeben, von der Behandlung profitieren zu können. Es sei eine Dosissteigerung der bereits etablierten Medikation mit Trittico erfolgt , welche er gut toleriert habe (S. 2). Der Beschwerdeführer habe in stabilisiertem Zustand entlassen werden können (S. 3). 3.

### **E. 3**

Dem Beschwerdeführer sei ab dem 1. April 2014 unbefristet eine Dreiviertelrente, eventualiter eine halbe Rente, der Invalidenversicherung zuzusprechen.

#### **E. 3.1**

Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass der Beschwerdeführer an einer psychischen Beeinträchtigung mit Krankheitswert leidet. Die Ärzte diagnostizierten übereinstimmend ein depressives Geschehen im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradiger Ausprägung und nannten im Wesentlichen die identischen einschlägigen Befunde (E. 2.1-4). Sämtliche beteiligten Fachärzte bescheinigten sodann eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf die Arbeitsintegrationsbemühungen, im Rahmen welcher sich eine Steigerung des Pensums über 50 % als unmöglich erwiesen habe.

### **E. 3.2**

Die Beschwerdegegnerin verneinte - entgegen sämtlichen medizinischen Einschätzungen (ausser der Jahre zurückliegenden von Dr. G. \_\_\_\_, Urk. 8/9/8-11) - eine massgebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der Begründung, die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen seien überwindbar. Es seien genügend psychische Ressourcen zu erheben, welche es dem Beschwerdeführer erlauben würden, einer leidensangepassten Arbeit in vollem Pensum nachzugehen. Soziale Belastungsfaktoren seien invaliditätsfremd und könnten nicht berücksichtigt werden. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen lägen schon länger vor, der Beschwerdeführer habe aber immer wieder aus eigenem Antrieb eine neue Arbeitsstelle suchen können. Der Verlust der Arbeitsstelle, welche er im April 2008 angetreten habe, sei durch psychosoziale Belastungsfaktoren (hohe berufliche Belastung, Konflikte mit dem Arbeitgeber) ausgelöst worden. Der Gesundheitsschaden sei nicht erheblich und langandauernd (Urk. 2).

### **E. 3.3**

Zur Argumentation der Beschwerdegegnerin ist zu bemerken, dass diese - so weit sie von den gutachterlichen Schlussfolgerungen abweichen will - aus drei verschiedenen Aspekten besteht, nämlich der (medizinischen) Begründetheit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, der Frage der Überwindbarkeit sowie der

Relevanz psychosozialer Belastungsfaktoren.

#### **E. 3.3.1**

Zur Abweichung von den übereinstimmenden ärztlichen Einschätzungen (um 50 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit) ist festzuhalten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte - wie vorliegend - lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März

2009 E. 5.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich nur, wenn ärztlicherseits objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, welche im Rahmen der (psychiatrischen) Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_79/2008 vom 19. August 2008 E. 4.1 mit Hinweis und 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2 mit weiteren Hinweisen).

Vorliegend bestehen keine diskrepanten ärztlichen Einschätzungen, schlossen doch sämtliche Ärzte auf eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei im Wesentlichen identischer Befunderhebung. Bei einer solchen Ausgangslage verbietet sich grundsätzlich ein abweichender Schluss des Rechtsanwenders. Vorliegend ging immerhin auch der RAD

von einer entsprechenden Einschränkung aus (Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom 6. Juni 2014, Urk. 8/132/6).

Erst die - über keine medizinischen Fachkenntnisse verfügende - Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin schätzte die medizinische Situation abweichend ein (Urk. 8/132/7-8). Dies ist - soweit die medizinische Situation und nicht die versicherungsrechtliche Relevanz betreffend - unhaltbar.

### **E. 3.3.2**

Die von der Beschwerdegegnerin thematisierte Frage der Überwindbarkeit stellt sich im vorliegenden Zusammenhang nicht, steht doch keine somatoforme Schmerzstörung oder ein gleichgestelltes Krankheitsbild im Raum. Der von den C.\_\_\_\_-Ärzten thematisierten Burn Out-Problematik kommt angesichts der im Vordergrund stehenden depressiven Symptomatik keine eigenständige Bedeutung zu.

### **E. 3.3.3**

Zutreffend ist, dass rechtsprechungsgemäss kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben ist, wenn die begutachtende Person im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen (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 verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich dagegen mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

Den Akten ist zu entnehmen, dass die psychische Störung im Jahr 2010 während der Anstellung als Teamleader und Servicetechniker bei der Y.\_\_\_\_ AG manifest wurde. Hausarzt Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, bestätigte mit Bericht vom 8. Juni 2011 (Urk. 8/9/1-4) eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ab 16. Juli 2010 aufgrund der bekannten depressiven Episode. Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ verwies am 31. Dezember 2010 (Urk. 8/9/8-11) auf ein vom Beschwerdeführer geschildertes Mobbing durch den neuen Vorgesetzten und erfolglose Klärungsversuche auf der Ebene der Geschäftsleitung. Schliesslich sei dem Beschwerdeführer der Druck zuviel geworden (S.

1). Auch die behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_

erwähnten eine Mobbing-Situation als Ausgangspunkt der Beschwerden (E.

2.2) und Gutachter PD Dr. A.\_\_\_\_ schilderte eine ausserordentlich fordernde Arbeit sowie mobbingartige Zustände.

Hieraus ist ersichtlich, dass die insoweit durchaus als psychosozial zu fassenden Belastungen ausschlaggebend für das Auftreten der psychischen Beeinträchtigung waren. Darauf,

dass sich die Pathologie indes in der psychosozialen Belastungssituation erschöpft, kann vorliegend nicht geschlossen werden. So legte Gutachter PD

Dr. A.\_\_\_\_ dar, dass beim Beschwerdeführer seit längerer Zeit leichte Zustände von Depression und Erschöpfung vorlagen und weiter Symptome einer Angsterkrankung mit Panikattacken sowie Agoraphobie bestehen (E.

2.3). Letzteres wurde durch die Ärzte der I.\_\_\_\_ AG bestätigt unter Hinweis auf anamnestisch akzentuierte zwanghafte und selbst unsichere Persönlichkeitszüge (E.

2.4). Bei dieser Sachlage liegt es näher, die diagnostizierten psychischen Pathologien als verantwortlich für die Symptomatik und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit zu sehen. Die psychosoziale Belastungssituation war allenfalls der Auslöser der Symptomatik, nicht aber der Grund für die längerdauernde Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 3.4.1**

Es gilt zu beachten, dass ein Gutachten zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen hat und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründender Art, eingetreten ist. Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich auch eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der in einem medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliere (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1-2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen).

In Bezug auf die gestellte Hauptdiagnose eines depressiven Geschehens ist zu bemerken, dass nach der Rechtsprechung leichte bis mittelgradige

depressive

Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellen, die es der betroffenen Person verunmöglichte, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur gelten grundsätzlich als therapeutisch annehmbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2013 vom 14. Mai

2013 E. 3.5 mit Hinweisen). Dies hat auch dann Geltung, wenn die depressive

Episode vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert worden ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_195/2014 vom 12. Juni 2014 E. 4.4 mit Hinweisen). Auch wenn eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist, bedingt deren Annahme jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit Hinweisen).

#### **E. 3.4.2**

Zur Intensität der Therapie verwies Hausarzt Dr. K.\_\_\_\_ am 8. Juni 2011 auf eine Behandlung bei Psychotherapeut

Dr. phil. L.\_\_\_\_ (Urk. 8/9/2). Bereits Dr. G.\_\_\_\_ hatte am 31. Dezember 2010 auf die laufende Therapie hingewiesen (Urk. 8/9/8-11). Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und

Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit 3. Juni 2011 betreut, verwies auf monatliche Konsultationen im Rahmen der Medikation sowie auf die wöchentlichen Sitzungen bei Psychotherapeut

Dr. phil. L.\_\_\_\_ ( Urk. 8/20/2). Vom 14. September bis 20. Oktober 2011 erfolgte eine stationäre Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_ ( Urk. 8/25) und vom 28. Februar bis 20. April 2012 in der Klinik F.\_\_\_\_ ( Urk. 8/104/6 und Urk. 8/127/9) . Im Oktober 2011 hatte er eine ambulante psychosomatische Einzel - und Gruppentherapie (einmal wöchentlich) im C.\_\_\_\_ aufgenommen ( Urk. 8/104/6 und Urk. 8/110/12) . Vom 24. Juli bis 31. Juli 2014 fand eine erneute psychiatrische Hospitalisation statt ( Urk. 8/183/22).

### **E. 3.4.3**

Dieser Therapieverlauf zeigt, dass sich der Beschwerdeführer von Beginn weg um medizinische Hilfe bemühte und ein breites Spektrum von Therapieangeboten wahrnahm. Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Beschwerdegegnerin zahlreiche Eingliederungsbemühungen tätigte, welchen sich der Beschwerdeführer ausnahmslos unterzog und auch stets sein Bemühen zeigte. Dies führte schliesslich zu einem Teilerfolg im Sinne einer (zu bewältigenden) Anstellung bei der Z.\_\_\_\_ .

### **E. 3.4.4**

Bei diesem Ergebnis besteht keine Veranlassung, von der einhelligen ärztlichen Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit abzuweichen und die rezidivierenden mittelgradigen depressiven Episoden als therapeutisch angehend zu erachten. Es erfolgte - soweit ersichtlich - eine konsequente Depressionstherapie, deren (teilweises) Scheitern das Leiden als resistent ausweist .

### **E. 3.5**

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer im Umfang von 50 % arbeitsunfähig ist. 4.

### **E. 4**

Unter Kosten - und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin .

#### **E. 4.1.1**

Bei der festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert eine Einkommenseinbusse im Bereich zwischen 50 % und 60 % . Da der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit eingesetzt werden kann, ist auch ein entsprechend vergleichbarer Lohn zu erwarten. 4. 1. 2

Dies wird bestätigt durch den Umstand, dass der Beschwerdeführer zuletzt (im Jahr 2011) ein Einkommen von Fr. 85'800.-- erzielte ( Urk. 8/18/2). Aufgerechnet auf das Verfügungsjahr 2015 (beziehungsweise das verfügbare Statistikjahr 2014) resultiert damit ein hypothetisches Einkommen als Gesunder von Fr. 87'737.-- (Schweizerischer Lohnindex insgesamt [1939 = 100], Männer, Stand 2011 : 2171, Stand 2014 : 2220 ; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Löhne/Erwerbseinkommen, detaillierte Daten). Verglichen mit dem effektiv erzielten Lohn von Fr. 43'420.--

(13 x Fr. 3'340.--) bei der Z.\_\_\_\_ ab 1. Januar 2014 (Urk. 8/128/1) beziehungsweise Fr. 44'200.-- bei der N.\_\_\_\_ AG ab 1. Juli 2015 ( Urk. 3/6) resultiert eine Einkommenseinbusse

von gerundet 50 % respektive 51 % .

Dass die effektiv ausbezahlten Entgelte einen Soziallohnanteil beinhalten, ist nicht ersichtlich und solches wurde auch vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Auch bestehen keine Hinweise, dass das Arbeitsverhältnis nicht stabil ist oder der Beschwerdeführer seine verbliebene Arbeitsfähigkeit nicht in zu mutbarer Weise voll ausschöpft . Damit gilt der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b/ aa mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts I 850/05 vom 21. August 2006 E. 4.2) , weshalb es mit den errechneten Invaliditätsgraden sein Bewenden hat. Ein Abzug kann recht sprechungsgemäss nur bei Tabellenlöhnen vorgenommen werden, nicht bei effektiv erzielten Einkommen.

#### **E. 4.1.3**

Damit hat der Beschwerdeführer Anrecht auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung, weshalb die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist.

#### **E. 4.2.1**

Laut Gutachter PD Dr. A.\_\_\_\_ gelten die dargelegten Verhältnisse jedenfalls ab 1. Januar 2014. Vor diesem Zeitpunkt bestätigte er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ab dem Datum der Krankschreibung am 16. Juli 2010 bis zum Ende der Eingliederungsmassnahmen am 31. Dezember 2013 ( Urk. 8/127/11). Dem widersprachen die behandelnden Ärzte des C.\_\_\_\_ ; sie gingen ab Herbst 2011 (Therapiebeginn) von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit und ab Mitte April 2013 vom Wiedererlangen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus ( Urk. 8/104/7).

Angesichts der Nähe der C.\_\_\_\_ -Ärzte, welche den Beschwerdeführer wöchentlich betreuen und des Umstands, dass er im Rahmen der beruflichen Eingliederung im Jahr 2013 eine akzeptable Leistung erbringen konnte, welche in eine Anstellung mündete, ist auf die Einschätzung der C.\_\_\_\_ -Ärzte abzustellen. PD Dr. A.\_\_\_\_ schloss denn auch lediglich aufgrund der Vorberichte und unter Hinweis auf den Abschluss der Eingliederungsmassnahmen auf eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis Ende 2013 . Massgebend ist aber die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit, welche sich offenkundig im Laufe der Therapie und der Eingliederungsmassnahmen verbessert hatte.

#### **E. 4.2.2**

Damit ist ab Juli 2010 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Das Wartejahr ( Art. 28 Abs. 1 IVG) lief im Juli 2011 ab. Aufgrund der Anmeldung des Beschwerdeführers im Mai 2011 steht ihm - nach sechs Monaten gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG - ab 1. November 2011 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu. Nach der Verbesserung per Mitte April 2013 besteht - nach drei Monaten gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) - ab 1. August 2013

nurmehr Anspruch auf eine halbe Rente .

Vorbehalten bleiben selbstredend die Perioden, in welchen der Beschwerdeführer Taggelder bezogen hat ( Art. 43 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 20ter IVV). 5.

#### **E. 5**

Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege und unentgeltliche Rechtsvertretung durch den unterzeichnenden Rechtsanwalt zu gewährleisten.

### **E. 5.1**

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Karl Kumin, eine angemessene Prozessentschädigung zu bezahlen, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und nach Einsicht in dessen Kostennote vom 17. März 2016 (Urk. 20) auf Fr. 2'457.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Mai 2015 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. November 2011 Anspruch auf eine ganze und ab 1. August 2013 auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung im Sinne der Erwägung 4.2.2 hat. 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 unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Karl Kumin, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'457.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Karl Kumin unter Beilage einer Kopie von Urk. 22 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 22 - Sammelstiftung BVG der Allianz Suisse - 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  
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubSonderegger

**E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

**E. 8**

ATSG) sind.

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

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