

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00163 vom 24. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00163

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00163 du 24 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00163 del 24 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, war seit April 2007 bei der Y.____ als Leiter Finanzen/HR angestellt

(Urk. 10/29) .

Am 1. April 2013 meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/9). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog verschiedene

Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 10/13-14,

Urk.

10/21, Urk. 10/24-25, Urk. 10/27-28, Urk. 10/38, Urk. 10/41-42, Urk.

10/44-45, 10/50, Urk. 10/63, Urk. 10/66, Urk. 10/81, Urk. 10/86) und holte ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom

15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

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.

E. 2

Der Beschwerdeführer erhob am 1. Februar 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Januar 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm

eine angemessene Rente zuzusprechen, eventuell sei die IV Stelle anzuweisen, die notwendigen Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1 S.

2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2016 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 13. Juni 2016 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten vom 24. November 2014 (Urk. 10/92), davon aus, dass beim Beschwerdeführer in körperlich leichten, wechselbelastenden, verschiedentlich adaptierten Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten, ohne Zwangshaltungen, ohne Bücken und wiederholte Rotationsbewegungen des Oberkörpers, so auch in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Leiter Finanzen/HR, eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe, welche vollschichtig realisierbar sei. Entsprechend liege der Invaliditätsgrad unter 40% , womit kein Anspruch auf eine Rente bestehe (S. 2) .

In der Beschwerdeantwort vom 7. März 2016 (Urk. 9) führte die Beschwerdegegnerin weiter aus, der Schweregrad der psychischen Erkrankung („Auf die Harmlosigkeit der Störung ist hinzuweisen“, S. 13, IV- act . 92), die Tagesaktivitäten (Haushalt, Einkaufen, Kochen, E-Mails, Speckstein schleifen, TV schauen, Spaziergänge, vgl. S. 7 IV- act . 92), die soziale Einbettung (Töchter, Mutter, Kollegen, vgl. S. 7, 10-11) und die noch offen stehende therapeutische Massnahme (Tagestrukturierung, vgl. S. 13 IV- act . 92) seien zu berücksichtigen (S. 1) .

Damit halte die gutachterliche Einschätzung auch der geänderten Rechtsprechung Stand und

es sei weiterhin von einer 30% igen Einschränkung in der angestammten und der angepassten Tätigkeit auszugeben (S. 2 oben) .

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), das Gutachten sei unvollständig, gehe selbst auf die Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin selber wie auch den darin geschil derten Sachverhalt nur ungenügend ein und würdige auch nicht die individuelle Belastung der verschiedenen Diagnosen in einem Gesamt kon text . Der neuen, seit 2015 geltenden Rechtsprechung sei nur ungenügend Rechnung getragen worden (S. 4 unten). Sowohl die behandelnde Ärztin wie auch die unabhängige Stelle für Arbeitsintegration würden eine massiv ein geschränkte Arbeitsfähigkeit sehen (S. 5 oben). Sogar die Gutachter selber hätten eine rasche Ermüdbarkeit wie auch ein en Konzentrationsmangel fest gestellt. Das gesamte Gutachten sei nach dem alten Vorgehen der Überprü fung der Überwindbarkeit aufgebaut. Diese Kriterien seien aber klar erfüllt. Es sei keine Auseinandersetzung mit den effektiven Beschwerden und den effektiven Auswirkungen im Arbeitsmarkt und auch keine Berücksichtigung der Arbeitsintegrationsabklärungen erfolgt (S. 5 unten). Es sei nicht nach vollziehbar, dass die Gutachter trotz der festgestellten raschen Ermüdbarkeit und dem Konzentrationsmangel von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgehe n würden . Dies widerspreche klar den Ergebnissen der Arbeitsintegration wie auch dem Arztbericht von Dr. Z.____ . Selbst wenn der Bericht von Dr. Z.____ als behandelnde Ärztin vom Beweis wert erfahrungsgemäss anders gewertet werde, ändere dies schlussendlich nichts am Umstand, dass die Indikatoren der neuen Rechtsprechung nicht oder nur ungenügend beachtet worden seien (S. 6 unten).

Zusammenfassend müsse die Aufnahme im 1. Arbeitsmarkt gestützt auf die Arbeitsintegrationsbemühungen als gescheitert betrachtet werden. Bei dieser Ausgangslage wie auch den vorhandenen Einschränkungen , alleine schon mit dem Morbus Bechterew , sei eine Invalidenrente geschuldet (S. 7 oben).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerde führers verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint hat . 3. 3.1

Im Austrittsbericht der A.____ vom 1 2. Juli 2013 (Urk. 10/31/6-9 = Urk. 10/38) über die stationäre Hospitalisation vom 5. Juni bis 2. Juli 2013 nannten die Ärzte als Diagnosen eine psychophysische Erschöpfung (ICD-10 Z73.0) bei persistierenden Konzentrations schwierig keiten und Schwindel, eine chronisch lymphatische Leukämie (Erst diagnose Oktober 2010), einen Status nach depressiver Episode im September 2012 mit somatischem Syndrom, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4), ein e COPD Gold Stadium II, eine sekundäre Polyglobulie , einen Morbus Bechterew (HLA-B27 positiv, Erstdiagnose November 2010) sowie einen Status nach Verdacht auf posttraumatische adhäsive Capsulitis

der linken Schulter im Jahr 2009 (S. 1). Der Beschwerdeführer habe einen recht guten Einstieg in das Therapieprogramm gefunden , einhergehend mit zunehmender Ent spannung

und besserer Schlafqualität. Wiederkehrende Gedanken und Sorgen seien zum Thema der beruflichen Zukunft aufgekommen, welche in den psychotherapeutischen Einzelgesprächen weiter bearbeitet worden seien. Persistent hätten sich die Konzentrationsschwierigkeiten mit auftretendem Schwindel erwiesen (S. 2 Mitte) .

Zur Beurteilung führten die Ärzte unter anderem aus, es hätten sich Hinweise für anhaltende Belastungsfaktoren überwiegend infolge der unbefriedigenden Arbeitsplatzsituation gezeigt. Darüber hinaus hätten sich Hinweise für eine mangelnde Selbstfürsorge mit hohen Anforderungen an sich selbst ergeben. Wie vordokumentiert seien aktuell die Kriterien für eine depressive Störung als auch für eine Anpassungsstörung nicht erfüllt. Differentialdiagnostisch sei an eine Erschöpfung bei anhaltender Belastungssituation am Arbeitsplatz zu denken (S. 2 unten). Während des Rehabilitationsaufenthaltes habe sich der Beschwerdeführer psychophysisch stärken können, psychophysische Zusammenhänge kennen lernen und hilfreiche Verhaltens- und Denkweisen erarbeiten und üben können. Insbesondere sei es gelungen die Schlafstörungen deutlich zu verbessern. Die Strukturierung des Tagesablaufs, regelmäßige Mahlzeiteinnahme und körperliche Konditionierung hätten massgeblichen Anteil an dieser Verbesserung beigetragen. Die Ärzte bescheinigten für die Zeit des Aufenthaltes eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 oben). 3.2

Dr. med. B. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Gutachten zuhanden des Krankentaggeldversicherers vom 26. Oktober 2013 (Urk. 10/50/2-8) als Diagnose eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Zusammengefasst liege mittlerweile praktisch ein Normalbefund vor. Der Befund sei mit einer Anpassungsstörung vereinbar, die inzwischen nahezu vollständig remittiert sei. Im Moment würden noch Restbeschwerden auf psychophysischer Ebene bestehen, die aber unspezifisch seien. Im Augenblick sei der Beschwerdeführer gedanklich erst zum Teil wieder nach vorne orientiert. Er wirke emotional und psychophysisch deutlich gefestigter, wenngleich nach wie vor gekränkt (S. 5 oben). Das Krankheitsbild sei mittlerweile praktisch vollständig rückläufig. Die Erkrankung sei in erster Linie als psychische Reaktion auf eine für den Beschwerdeführer schwierige berufliche und gesundheitliche Situation aufzufassen. Die Konstellation entspreche einer narzisstischen Krise in Verbindung mit einer psychophysischen Erschöpfung. Objektiv sei das Krankheitsbild nahezu komplett abgeklungen. Hinweise auf eine affektive Erkrankung mit episodentem Verlauf einer Depression beziehungsweise einer bipolaren Störung würden sich in der Vorgeschichte nicht finden (S. 5 Mitte) . Das Krankheitsbild sei durch die behandelnden Ärzte einer mittelgradigen depressiven Episode beziehungsweise einer Neurasthenie zugeordnet worden. Diese Differentialdiagnosen seien durchaus in Betracht zu ziehen, wenngleich rückblickend nicht mehr zu rekonstruieren. Am unmittelbaren weiteren Vorgehen mit Blick auf die Therapie und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im jetzigen Zeitpunkt ändere dies jedoch nichts. Ein Fortführen der ärztlichen Behandlung sei zu empfehlen, dies vor allem mit Blick auf das Überwinden der nach wie vor prominenten Kränkung (S. 5 unten).

Angesichts eines praktisch vorliegenden psychopathologischen Normalbefundes, einer weitgehend rückläufigen klinischen Symptomatik und gesundheitlichen Beschwerden, die als unspezifisch zu gelten haben, sei eine volle Arbeitsfähigkeit mit Datum der Exploration gegeben (S. 6 Mitte) . 3.3

Dr. med. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 4. November 2013 (Urk. 10/48) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit September 2012 (letzte Kontrolle am 13. August 2013), und nannte als Diagnosen eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0) seit 2009, eine chronisch lymphatische Leukämie seit zirka 2003, eine Spondylitis ankylosans (2010 diagnostiziert, bestehend seit zirka 2000), eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (Sommer 2012) sowie eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23/F32.21). Dazu führte sie aus, der Beschwerdeführer sei nach anfänglich depressivem Bild stimmungsmässig ausgeglichen, doch anhaltend erschöpft nach nur geringer körperlicher oder geistiger Anstrengung. Er sei affektiv karg, doch mitschwingend, tendenziell sarkastisch und zynisch wirkend. Das Denken und der Intellekt seien ohne Befund. Die Prognose sei aufgrund der schweren neurasthenischen Symptomatik bezüglich beruflicher Rehabilitation eher schlecht (S. 1 f. Ziff.

1.4). Es erfolge eine integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung alle ein bis vier Wochen (Ziff. 1.5). In der angestammten Tätigkeit als Leiter Finanzen und Personal bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.6). Es bestehe dabei eine anhaltende und quälende Müdigkeit und ein Erschöpfungsgefühl nach nur kurzer Anstrengung. Der Beschwerdeführer sei unfähig länger als eine Stunde pro Tag zu lesen, es bestehe eine Reizbarkeit im Umgang mit anderen durch subjektives Gefühl der Benommenheit. Er habe Mühe, sich etwas zu merken und sich zu konzentrieren (S. 2 Ziff. 1.7). Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien massiv eingeschränkt, das Auffassungsvermögen leicht verlangsamt. Dennoch bestehe eine Fahrtauglichkeit (S. 5). 3.4

Dr. Z.____ nannte im Bericht vom 14. Juli 2014 (Urk. 10/77) als Diagnosen eine chronifizierte Neurasthenie (ICD-10 F48.0) akut seit zirka 2009, chronifiziert seit 2013, eine chronifizierte

Depression bei Morbus Bechterew und Anpassungsstörung (ICD-10 F43.12/F32.21) ab 2011, einen Status nach schwerer depressiver Episode mit somatischem Syndrom im Sommer 2012, eine chronisch lymphatische Leukämie seit zirka 2003 (Erstdiagnose 2010), ebenso Spondylitis ankylosans, Morbus Bechterew 2010 (Erstdiagnose 2010, bestehend seit zirka 2000). Dazu führte sie aus, die letzte Kontrolle habe am 13. August 2013 stattgefunden (Ziff. 1.2). Bei anhaltender vollständiger Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf, dem bereits chronifizierten Morbus Bechterew und der chronisch stabil verlaufenden Leukämie habe sich der Beschwerdeführer psychosozial soweit stabilisiert, dass ein Arbeitsversuch von Mitte Januar bis Mitte Februar stattfinden könne. Nach der eindeutigen Bestätigung, dass der Beschwerdeführer auch in einer Hilfsarbeit höchstens eine Stunde pro Tag arbeiten könne, sei es zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Zustandsbildes mit depressiver Symptomatik gekommen. Anhaltend habe sich die neurasthenische Symptomatik gezeigt, die den Beschwerdeführer auch an persönlichen Aktivitäten hindere, was aber verhaltenstherapeutisch palliativ gut angebar sei. Es bestehe ein anhaltendes quälendes Erschöpfungsgefühl nach geringer geistiger Anstrengung, eine anhaltende quälende Müdigkeit und Schwäche nach nur geringer körperlicher Anstrengung, eine Benommenheit, eine Unfähigkeit zu entspannen, eine Reizbarkeit und chronische Muskelschmerzen. Der Beschwerdeführer könne sich nicht innerhalb eines normalen Zeitraumes erholen, trotz Ruhe, Entspannung oder Ablenkung. Aufgrund der chronifizierten, schweren neurasthenischen Symptomatik, die sich trotz adäquater

Behandlung und guter Therapiemotivation nicht positiv beeinflussen lasse, sei die Prognose bezüglich beruflicher Rehabilitation schlecht. Eine berufliche oder auch zeitliche Reintegration in eine Arbeitsfähigkeit sei aus medizinisch-psychiatrischen Gründen undenkbar (Ziff. 1.4). Eine eigentliche Arbeitsfähigkeit bestehe nicht mehr, nicht einmal in einer Hilfsarbeit (Ziff. 1.7). 3.5

3.5.1

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie sowie Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Onkologie, nannten im polydisziplinären Gutachten vom 24. November 2014 (Urk. 10/92) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) mit axialem Befall, HLA-B27 positiv (Erstdiagnose November 2010) sowie eine COPD GOLD Stadium II (S. 18 Ziff. 5.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine chronische lymphatische Leukämie im Stadium Binet A seit Oktober 2010, vermutlich jedoch schon seit 2003, eine Neurasthenie (ICD-10 F48.0), einen Verdacht auf arterielle Hypertonie, kontrollbedürftig, sowie Übergewicht mit BMI 27 kg/m² (S. 18 Ziff. 5.2). 3.5.2

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration führte der Beschwerdeführer zu seinem Tagesablauf und seiner Freizeitgestaltung folgendes auf (S. 10 unten f.): Er stehe früh auf. Er nehme es gemütlich, dusche, gehe zum Bäcker und mache seine Runde durch den Park. Er schaue die Mails an. Dann müsse er sich hinlegen. Er habe angefangen, Steine zu schleifen. Er gehe spazieren. Er koche für sich. Er schaue TV. Früher sei er eine Leseratte gewesen und habe in der Woche zwei bis drei Bücher gelesen, jetzt müsse er nach zwei bis drei Seiten aufhören, da es ihm schwindlig werde und er das Gelesene nicht behalten könne. Seinen Haushalt erledige er mehr oder weniger selber. Er sei nie ein guter Hausmann gewesen. Er habe gute Kontakte und ein gutes Umfeld. So habe er jede Woche einen Besuch von Freunden oder von den Töchtern. Letztmals weg sei er im Sommer gewesen an einem Wochenende in einer Hütte, auch zum Grillieren zusammen mit Kollegen, die ihn abgeholt hätten. Eine feste Freundin habe er nicht. Er sei alleine mit dem Zug nach Basel gefahren. Er fahre selber Auto, aber keine längeren Strecken.

Der psychiatrische Gutachter führte in seinem Teilgutachten (S. 9-13) aus, beim Beschwerdeführer

bestünden Klagen über erhöhte Ermüdbarkeit mit erhöhter physischer und psychischer Erschöpfbarkeit. Es bestünden somatische Symptome mit auch Schmerzen im Bewegungsapparat. In den Akten seien

weiter ein Morbus Bechterew und eine COPD dokumentiert. Im Jahr 2010 sei auch eine chronische lymphatische Leukämie aktenkundig. Im Vordergrund stehe aber die erhöhte Ermüdbarkeit, worauf der Beschwerdeführer auch seine Arbeitsunfähigkeit zurückführe. Er fühle sich nicht mehr arbeitsfähig und habe kaum Hoffnung auf eine Besserung. Es bestehe aber keine schwere psychische Störung. Es bestünden somatische Probleme, zu denen aus somatischer Sicht Stellung genommen werden müsse. Im Vordergrund stehe aber die erhöhte Ermüdbarkeit. Deren Ausmass lasse sich nicht alleine mit den somatischen Problemen erklären. Diagnostisch handle es sich um eine Neurasthenie. Affektive Symptome seien gegenwärtig nicht genügend ausgeprägt für die Diagnose einer depressiven Episode. Es bestehe eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Eine

psychopharmakologische Medikation bestehe nicht. Gelegentlich erfolge eine Analgetikaeinnahme, aber nicht täglich, wie der Beschwerdeführer angegeben habe. Ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf bei einer zwar entlastenden, aber missglückten Konfliktbewältigung im Sinne eines unbewussten Konflikts beziehungsweise primären Krankheitsgewinns sei nicht erwiesen. Die Anamnese sei vor der Erkrankung sonst psychiatrisch bland. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden nicht bestehen

und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Arbeitsfähigkeit. Ein schwerer sozialer Rückzug bestehe nicht. Der Explorand habe durchaus gute Kontakte in seinem Umfeld. Er erledige auch seinen Haushalt selber. Auch zu seinen Töchtern habe er gute Kontakte. Auch zur Mutter bestünden Kontakte. Der Vater sei bereits verstorben. Zu den Geschwistern habe er keine Kontakte, da diese Angehörige der Zeugen Jehovas seien (S. 12 Mitte).

Der Beschwerdeführer habe sehr gerne im Theaterbereich gearbeitet. Wegen Rückenschmerzen habe er dann die Tätigkeit ins Büro wechseln müssen. Trotzdem sei es ihm möglich gewesen, mehrere Jahre noch in der Firma seines Kollegen zu arbeiten, bis er dann vor zwei Jahren von seiner Psychiaterin wegen einer Neurasthenie anhaltend 100% arbeitsunfähig

geschrieben worden sei. Eine Arbeitsunfähigkeit könne aber nicht bestätigt werden. Dass der Arbeitsversuch und die Eingliederungsmassnahmen von der IV nicht erfolgreich verliefen, könne hier auch mit motivationalen Faktoren und lebensgeschichtlichen Enttäuschungen zusammenhängen. Es bestehe ein chronischer Verlauf. Die Prognose sei ungünstig (S. 12 unten).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer

könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer somatisch angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit ganztätig und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen. Eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit könne auch im Verlauf nicht bestätigt werden (S. 12 unten).

Der Explorand fühle sich nicht mehr arbeitsfähig. Diese Selbsteinschätzung könne durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden. Es bestünden gewisse Inkonsistenzen. Im Untersuchungsgespräch seien zwar leichte Konzentrationsstörungen bei der genauen Angabe

von Lebensdaten seiner beruflichen Karriere auf gefallen, die Anamneseerhebung sei aber sonst gut möglich gewesen. Er sei bezüglich Lebensführung selbständig, er habe gute Kontakte in seinem Umfeld und sei aus psychiatrischer Sicht ausser durch die Müdigkeit sonst eigentlich nicht gross eingeschränkt.

Die behandelnde Psychiaterin

Dr. Z.____ habe ebenfalls eine Neurasthenie diagnostiziert, gehe aber von einer andauernden Arbeitsunfähigkeit aus seit dem 13. September 2012. Diese Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden. Bei einer Neurasthenie handle es sich nicht um eine schwere psychische Störung nach ICD-10. Aus versicherungsmedizinischer Sicht handle es sich bei einer Neurasthenie auch um eine syn

dromale Diagnose. Deshalb müsse zu den Förster- Kriterien Stellung genommen werden . Von den Förster-Kriterien sei hier das Kriterium des chronischen Verlaufs hinreichend erfüllt, die übrigen Kriterien seien nicht erfüllt. Eine Arbeitsunfähigkeit könne nicht bestätigt werden. Frau Dr. Z. ____

habe auch einen Status nach schwerer depressiver Episode, Anpassungs störung fest gehalten . Eine schwere depressive Episode sei rückwirkend schwer nachvollziehbar. Der Explorand sei nie psychiatrisch hospitalisiert gewesen . Bei einer schweren depressiven Episode komme es aber oft zu einer psychiatrischen Hospitalisation und zu schweren Konzentrationsstörungen, schweren Verstimmungen, schweren Schlafstörungen, deutlicher Appetitverminderung mit relevanter Gewichtsabnahme und auch zu Schuldgedanken und negativen Zukunftsperspektiven, die allumfassend und nicht nur bezüglich der beruflichen und gesundheitlichen Situation ausgeprägt seien . Es komme bei einer schweren depressiven Störung zu einer schweren Antriebshemmung oder Phasen von deutlicher Erregtheit, aber oft auch zu Suizidalität. Eine ambulante Behandlung sei dann kaum möglich. Tätigkeiten und Aktivitäten seien bei einer schweren depressiven Episode nicht mehr möglich. Auch im Jahr 2014 habe

Dr. Z. ____ eine unveränderte Situation angegeben . Auf ihre Beurteilung könne nicht abgestützt werden (S. 13 oben) . Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung solle weitergeführt werden. Auf die Harmlosigkeit der Störung sei hinzuweisen (S. 13 Mitte).
3.5.3

Aus somatischer Sicht diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) mit axialem Befall sowie ein e COPD GOLD Stadium II. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter die chronische lymphatische Leukämie sowie einen Verdacht auf arterielle Hypertonie. Hinsichtlich Einschränkungen stehe objektiv die Situation des Bewegungsapparates im Vordergrund. Im Bereich der Wirbelsäule habe sich eine weitgehende Einsteifung der Lenden- und Brustwirbelsäule gezeigt. Die Beweglichkeiten an der Halswirbelsäule seien deutlich vermindert. Es zeigten sich eine weitgehend radiologisch ankylosierte ISG-Situation, laterale und ventrale Syndesmophyten in sämtlichen Bandscheibenräumen und fehlende Abgrenzbarkeit aller Intervertebralgelenke . Die Erschöpfungssymptomatik sei nicht dieser rheumatologischen Grunderkrankung zuzuordnen (S. 19 unten). 3.5.4

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten. Körperlich nur leichte Tätigkeiten, wechselbelastend, ohne Überkopftätigkeiten, ohne Einnahme von Zwangshaltungen , ohne Bücken und wiederholte Rotationsbewegungen des Oberkörpers seien vollschichtig zumutbar. Aufgrund der erheblichen Einschränkungen mit nachvollziehbaren Schmerztriggerungen bestehe ein deutlich erhöhter Pausenbedarf im Sinne einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % (S. 19 unten) .

Aus onkologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit im jetzigen Krankheitsstadium nicht eingeschränkt (S. 20 oben). Aufgrund der COPD, begünstigt durch die steife Wirbelsäule, was auch den restriktiven Anteil der verminderten Lungenfunktion ausmache , könne eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwer belastende Tätigkeiten bestätigt werden . Für mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung von 30-50 % . Für körperlich schwere Tätigkeiten bestehe eine Einschränkung von 50-70 % .

perlich leichte Tätigkeiten ohne Nässe-, Kälte- und Staubexposition bestehen aus internistisch- pneumologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 20 oben). Aus psychiatrischer Sicht seien die subjektiven Beschwerden des Exploranden einer Neurasthenie zuzuordnen. Eine relevante affektive Störung im Sinne einer Depression liegt nicht vor. Die neurasthenischen Beschwerden seien gemäss vorliegenden Kriterien überwindbar und schränken die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht ein (S. 20 Mitte).

Aus interdisziplinärer Sicht resultiere, dass beim Beschwerdeführer für körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten eine bleibende, volle Arbeitsunfähigkeit besteht. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten, wozu die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers gezählt werden könne, besteht noch eine 70 % ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, voll schichtig umsetzbar mit deutlich erhöhtem Pausenbedarf (S. 20 Mitte).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab Oktober 2014 zu bestätigen. Möglicherweise habe diese im ähnlichen Ausmass seit November 2010 schon vorgelegen, mit Wahrscheinlichkeit sei die aktuelle Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit über die Zeit gemittelt ab September 2012 anzunehmen (S. 20 Ziff. 6.3).
3.6

Dr. Z.____ (vorstehend E. 3.3) führte in ihrer Stellungnahme vom 21. April 2015 (Urk. 10/117) unter anderem aus, diagnostisch würden sich alle Kriterien einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.1) zeigen (S. 2 oben). Weiter seien drei Förster-Kriterien (chronisch körperliche Begleiterkrankung, sozialer Rückzug, gescheiterte Behandlung) gegeben (S. 2 unten). Eine ausgiebig eingehende Exploration setze eine Dauer von mindestens sechs bis zehn Stunden voraus. Eine derartige Würdigung beziehungsweise Entwürdigung der Einschätzung der vorbehandelnden Ärzte aus einer jahre langen Vorbehandlung könne nicht ernstgenommen werden. Aufgrund der Kürze der Untersuchung sei sie nur als dogmatisch voreingenommen anzusehen und entspreche nicht den Regeln der ärztlichen Kunst (S. 2 unten). Sie erachte eine fundierte objektive und neutrale psychiatrische Neubegutachtung als notwendig. Abschliessend hielt sie fest, sie hoffe sehr, ihrem Patienten mit ihren Ausführungen dienlich zu sein (S. 3 oben). 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten des G.____ vom 24. November 2014 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1. 3). So berücksichtigte das Gutachten die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers, wurde in Kenntnis sowie in differenzierter Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die Gutachter des G.____ ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann. 4.2

Die Gutachter des G.____ erachteten den Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Beschwerden in einer körperlich schweren und auch mittelschweren Tätigkeit als nicht arbeitsfähig. Körperlich nur leichte Tätigkeiten, wechselbelastend, ohne Überkopfarbeiten,

ohne Einnahme von Zwangshaltungen, ohne Bücken und wiederholte Rotationsbewegungen des Oberkörpers seien vollschichtig zumutbar. Aufgrund der erheblichen Einschränkungen mit nachvollziehbaren Schmerztriggerungen bestehe ein deutlich erhöhter Pausenbedarf im Sinne einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % (vgl. vorstehend E. 3.5.3 und E. 3.5.4). 4.3

In psychischer Hinsicht konnte dagegen keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter des G.____ eine Neurasthenie (vgl. vorstehend E. 3.5.2).

Der psychiatrische Gutachter des G.____ hat nach ausführlicher psychopathologischer Befundaufnahme (vgl. Urk. 10/92 S. 11 Ziff. 4.1.2) unter anderem festgestellt, dass die erhöhte Ermüdbarkeit im Vordergrund stehe,

dass es sich bei einer Neurasthenie nicht um eine schwere psychische Störung handelt und auf die Harmlosigkeit der Störung hinzuweisen sei. Für die Diagnose einer depressiven Episode seien die affektiven Symptome gegenwärtig nicht genügend ausgeprägt. Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge würden ebenfalls keine bestehen. Nach der Prüfung der bis anhin geltenden Foerster-Kriterien (vgl. BGE 130 V 352) wurde der Neurasthenie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Der psychiatrische Gutachter des G.____ kam zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe und dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden könne, einer somatisch angepassten und seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit ganztägig und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen (vgl. vorstehend E. 3.5.2). 4.4

Der Beschwerdeführer wies zu Recht darauf hin, dass sich die Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden geändert hat und das G.____-Gutachten noch unter der alten Rechtsprechung von BGE 130 V 352 eingeholt wurde (Urk. 1 S. 5 unten).

Die Tatsache, dass das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen neu gefasst hat, ändert an der vorliegenden Beurteilung nichts.

Insbesondere verlieren die gemäss altem Verfahrensstandard eingeholten Gutachten ihren Beweiswert nicht per se. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren möglich ist oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

Dies trifft entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 5 f.) auf das vorliegende Gutachten des G.____

zu.

Die Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder - resistenz

- Komorbiditäten

- Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) -

gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen ver gleich baren Lebensbereichen - behandl ungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck

Was den funktionellen Schweregrad betrifft ,

gilt es insbesondere darauf hin zu weisen, dass der vorliegend psychiatrisch diagnostizierten Neurasthenie ein diagnoseinhärenter Bezug zum Schweregrad fehlt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_617/2015 vom 20. Mai 2016 E. 4.3.2). So hielt das Bundesgericht fest , dass die (lege artis gestellte) Diagnose eines syndromalen

Beschwerdebildes (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) zwar unter die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 falle, jedoch für sich allein (noch) nicht auf den Schweregrad der Störung schliessen lasse. Wenn die medizinischen Gutachter trotz des Vorliegens eines syndromalen Beschwerdebildes keine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit eruieren können, liegt kein Leiden von erheblicher Schwere im Sinne von BGE 141 V 281 vor (Urteil des Bundesgerichts 8C_96/2016 vom 22. April 2016 E. 6) .

Der psychiatrische Gutachter verneinte ausdrücklich eine schwere psychische Störung. Der Beschwerdeführer habe während der Exploration müde gewirkt, die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis waren dagegen nicht beeinträchtigt (vgl. vorstehend E. 3.2.5) . Die übrigen vom psychiatrischen Gutachter erhobenen Befunde waren im Wesentlichen unauffällig. Entsprechend führte der psychiatrische Gutachter keine funktionellen Einschränkungen auf das syndromale Leiden zurück, womit aus rechtlicher Sicht nicht von einer schweren Ausprägung des Krankheitsgeschehens ausgegangen werden kann.

Im Weiteren gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Obschon der psychiatrische Gutachter von einem chronischen Verlauf und einer ungünstigen Prognose ausging ,

ist angesichts der Ergebnisse während des Rehabilitationsaufenthaltes in der A.____ (vorstehend E. 3.1) (noch) nicht von einer Behandlungsresistenz und folglich davon auszugehen, dass ausserhalb des aktuell ambulanten Settings noch therapeutische Optionen offen stehen. So hielt auch der psychiatrische Gutachter fest, dass tagesstrukturierende Massnahmen hilfreich sein könnten (Urk. 10/92 S. 13 Ziff. 4.1.9). Zum misslungenen Arbeitsversuch und der Eingliederungsmassnahmen führte der psychiatrische Gutachter weiter aus, dass dies auch mit motivationalen Faktoren und lebensgeschichtlichen Enttäuschungen zusammenhängen könne. Angesichts der subjektiven Krankheitsüberzeugung konnten die Gutachter des G.____ im Rahmen der interdisziplinären Konsensbesprechung sodann keine beruflichen Massnahmen vorschlagen (vgl. Urk. 10/92 S. 21 Ziff. 6.7) .

Gestützt auf das G.____ -Gutachten sind somatische Komorbiditäten gegeben (vgl. vorstehend E. 3.5.3 und E. 3.5.4) und entsprechend erscheint die um 30 % verminderte Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar , wogegen es nach dem Gesagten an einer psychiatrischen Komorbidität fehlt.

Der psychiatrische Gutachter hat sich sodann mit der Persönlichkeitsentwicklung und -struktur befasst und gab an, dass deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht bestehen würden .

Gegen eine solche Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich des sozialen Kontextes ist darauf hinzuweisen, dass kein schwerer sozialer Rückzug besteht. Der Beschwerdeführer hat regelmässige soziale Kontakte, auch zu seinen Töchtern und zur Mutter (vgl. vorstehend E. 3.5.2).

Unter dem Aspekt der Konsistenz ist festzustellen, dass mit Blick auf den Tagesablauf und die Freizeitgestaltung des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 3.5.2) das Aktivitätsniveau

nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichermaßen eingeschränkt ist.

So sind durchaus Aktivitäten vorhanden. Der Beschwerdeführer erledigt seinen Haushalt selber, kocht fast täglich und erledigt seine Einkäufe etappenweise, liest tagsüber, beantwortet Mails, schleift Specksteine, schaut TV, geht spazieren, fährt kurze Strecken mit dem Auto und hat regelmässig soziale Kontakte. 4.

E. 5

Gesamthaft betrachtet ist aufgrund dieser Feststellungen nicht von einem hohen Schweregrad der funktionellen Auswirkungen der Neurasthenie auszugehen. Daneben liegt keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Damit ist entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch unter Berücksichtigung der neuen Bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Neurasthenie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt. 4.

E. 6

Soweit der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, dass es nicht nachvollziehbar sei, dass das G.____-Gutachten trotz der von den Gutachtern selber festgestellten raschen Ermüdbarkeit und dem Konzentrationsmangel von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe (Urk. 1 S. 5 f.), kann ihm nicht gefolgt werden. Die Aussage, dass die Gutachter eine rasche Ermüdbarkeit festgestellt hätten, lässt sich dem Gutachten indes nicht entnehmen. So spricht der psychiatrische Gutachter einzig davon, dass der Beschwerdeführer müde gewirkt habe. Eine rasche Ermüdbarkeit lässt sich auch den übrigen Teilgutachten nicht entnehmen. Sodann liessen sich leichte Konzentrationsstörungen einzig bei der genauen Angabe von Lebensdaten der beruflichen Karriere feststellen. Der psychiatrische Gutachter führte diesbezüglich weiter aus, dass die Anamneseerhebung sonst aber gut möglich gewesen sei und die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis sonst nicht beeinträchtigt gewesen seien (vgl. vorstehend E. 3.5.2).

Dass vorliegend Arbeitsversuche zu keinem Erfolg führten, ist unbeachtlich, da angesichts der obigen Feststellungen (vgl. vorstehend E. 4.1-5) davon auszugehen ist, dass es der Versicherte an der ihm zumutbaren Willensanstrengung hat fehlen lassen.

Für das Andauern der Erwerbslosigkeit bestehen damit persönliche, allenfalls auch psychosoziale Gründe, welche bei der Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unberücksichtigt zu bleiben haben. Gemäss

Art.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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.

E. 6.2

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle, steht bei diesem Verfahrensgang eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu. Da die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers trotz Aufforderung (vgl. Urk.

E. 7

Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1) und eine Erwerbsunfähigkeit kann zudem nur vorliegen wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). Die Praxisänderung gemäss BGE 141 V 281 hat an dieser Gesetzeslage nichts geändert. Der funktionelle Schweregrad einer Störung beurteilt sich nach wie vor nach deren konkreten funktionellen Auswirkungen, insbesondere danach, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (schmerzbedingt) beeinträchtigt ist (Urteil 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1 mit Hinweis).

Eine solche Beeinträchtigung liegt vorliegend aufgrund des in allen Teilen überzeugenden Gutachtens des

G.____ nicht vor, zumal aus psychiatrischer Sicht weder eine Diagnose mit dem nötigen Bezug zum Schweregrad, noch eine Arbeitsunfähigkeit gegeben ist. Im Übrigen wurde - wenn auch kurz - im Gutachten zum Arbeitsversuch Stellung genommen (vgl. vorstehend E. 3.5.2). 4.7

An der schlüssigen und nachvollziehbaren Beurteilung des G.____ vermögen schliesslich auch die entgegenstehenden Berichte der behandelnden Psychiaterin (vorstehend E. 4.4-4.6, E. 4.9)

nichts zu ändern. Zu den Einschätzungen von Dr. Z.____ nahm der psychiatrische Gutachter eingehend Stellung und führte aus, weshalb auf ihre Beurteilung nicht abgestützt werden könne (vgl. vorstehend E. 3.5.2).

Nach ständiger Rechtsprechung führt der Umstand, dass die mit der versicherten Person therapeutisch befassten Ärzte und Ärztinnen die restliche Arbeitsfähigkeit tiefer festlegen, nur dann zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie objektive Anhaltspunkte vortragen, die dem Administrativexperten entgangen sind (Urteile des Bundesgerichts 9C_317/2010 vom 11. November 2010 E. 2.3.1, 9C_480/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4 mit Hinweis auf Urteil I 676/05 vom 13. März 2006 E. 2.4 in fine ; Urteil U 58/06 vom 2. August 2006 E. 2.2 in fine). Das trifft bei der Einschätzung des Schweregrades psychischer Störungen der hier vorliegenden Art und der sich daraus ergebenden Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen sowie die psychischen Ressourcen nicht zu, weil es sich hier von der Natur der Sache her um Fragen handelt, für deren Beantwortung dem psychiatrischen Sachverständigen ein weiter fachlicher Ermessensspielraum eingeräumt werden muss (in diesem Sinne Urteile 9C_447/2009 vom 15. Juli 2009 und 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2, bestätigt durch Urteil 9C_886/2009 vom 27. April 2010 E. 2.2) .

Dr. Z.____ konnte keine wichtigen, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären und welche Anlass zu weiteren Abklärungen geben würden. Ihre Berichte vermögen daher keine Zweifel am Gutachten zu begründen. Dass Dr. Z.____ in ihren Berichten neben einer depressiven Episode stets auch eine Anpassungsstörung diagnostizierte, ist nicht nachvollziehbar, da die Diagnose einer Anpassungsstörung diejenige einer depressiven Episode grundsätzlich ausschliesst (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 9. Auflage 2014, S. 172 Mitte). Auch dass der Beschwerdeführer trotz

gemäss

Dr. Z.____ massiv eingeschränktem Konzentrationsvermögen , massiv eingeschränkter Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit und leicht verlangsamtem Auffassungsvermögen dennoch fahrtauglich sein soll (vgl. vorstehend E. 3.3), vermag nicht zu überzeugen. Schliesslich

führt auch die Stellungnahme vom 21. April 2015 (vorstehend E.

3.6) zu keinem anderen Schluss. Insbesondere die darin neu genannte Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung erscheint vor dem Hintergrund der gutachterlich-psychiatrischen Befunderhebung als nicht nachvollziehbar. Der psychiatrische Gutachter führte diesbezüglich schlüssig

aus, dass deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht bestehen würden und vor allem der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Arbeitsfähigkeit gegen diese Diagnose spreche (vgl. vorstehend E. 3.5.2) . Dass die behandelnde Psychiaterin nach nunmehr rund zweieinhalb Jahren Behandlung zu einer anderen Erkenntnis gelangt, vermag nicht zu überzeugen . So erschöpfen sich die aufgeführten Befunde

einzig in der Wiedergabe der diagnostischen Kriterien der schizoiden Persönlichkeitsstörung

gemäss ICD-10. Weder in der Befunderhebung der psychiatrischen Exploration noch in den vorangegangenen Berichten sind diesbezügliche Anhaltspunkte zu finden.

Bei ihrem Hinweis , dass eine Exploration mindestens sechs bis zehn Stunden dauern müsse, verkennt Dr. Z.____

schliesslich , dass es für den Aussagegehalt eines Arztberichtes nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommen kann. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Ulrich Meyer-Blaser, Rechtliche Vorgaben an die medizinische Begutachtung, in: Schaffhauser/ Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, 1997, S. 23 f.; Urteil 9C_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2 mit Hinweisen).

Die behandelnde Psychiaterin schliesst ihre Stellungnahme vom 21. April 2015 schliesslich damit ab, dass sie hoffe dem Beschwerdeführer mit ihren Ausführungen dienlich zu sein. Nach dem Gesagten ist daher nicht auszu schliessen , dass sich die behandelnde Psychiaterin in ihren Überlegungen auch von ihrer auftragsrechtlichen Verantwortung gegenüber dem Beschwerdeführer leiten liess , was verdeutlicht, dass die in ständige

Rechtsprechung anerkannte Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.2.4 mit Hinweisen) von erheblicher Bedeutung ist, haben doch die Berichte der behandelnden Ärzte rechtsprechungsgemäss nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustand des und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Auch ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E).

4.5). Aus diesen Gründen kann auch der nachträglich ergangene Bericht von Dr. Z.____ vom 16. Januar 2016 (Urk. 3/4) nicht berücksichtigt werden. 4.8

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, wozu die angestammte Tätigkeit als Leiter Finanzen/HR gezählt werden kann,

im Umfang von

70 % zumutbar ist. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen). 5.

Der durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommene Einkommensvergleich ist nicht zu beanstanden und wird durch den Beschwerdeführer auch nicht gerügt.

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 6.

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf §16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 11

Ziff. 3) keine Aufstellung ihrer Aufwände einreichte, ist die Entschädigung unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- ermessensweise auf Fr. 2'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle, Winterthur, wird mit Fr. 2 ' 600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Mirjam Stanek Brändle - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Mosimann P. Sager

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