

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00369 vom 14. Juli 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00369](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00369)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00369 du 14 juillet 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00369 del 14 luglio 2017

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1965, schloss im Jahre 1983 die Lehre als kaufmännischer Angestellter (Urk. 5/6/4) und 1990 eine einjährige Ausbildung als dipl. Betriebsökonom (Urk. 5/6/5) ab. Er arbeitete laut seinen Angaben bis Ende 2011 zu 100 % als Geschäftsleiter in der Y.\_\_\_\_ (Urk. 5/6/1). Vom 1. August 2012 bis am 12. Dezember 2014 war er gemäss eigenen Ausführungen zu 100 % bei der Z.\_\_\_\_ als Projektleiter tätig (Urk. 5/7/5; Urk. 5/13/2). Am 17. Dezember 2014 brach X.\_\_\_\_ nach eigenen Angaben am Abend nach einer Gerichtsverhandlung betreffend richterliche Trennung zusammen (Urk. 5/13/4). Am 18. Dezember 2014 trat er stationär in die Privatklinik A.\_\_\_\_ ein (Urk. 5/26/2). Dr. med. univ. (A) B.\_\_\_\_, Stationsärztin der Privatklinik A.\_\_\_\_, schrieb ihn vom 18. Dezember 2014 bis 6. April 2015 zufolge wiederkehrender krankheitsbedingter Depression zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 5/13/4; Urk. 5/14/3). Unter Hinweis auf seine Depression meldete sich X.\_\_\_\_ am 9. (Urk. 5/7/7) bzw. 19. Februar 2015 (Urk. 5/10/1) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/7). X.\_\_\_\_ arbeitete nach eigenen Angaben (Urk. 5/13/4) und gemäss Verlaufsbericht der Privatklinik A.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2015 (Urk. 5/31/3) seit dem Austritt aus der Privatklinik A.\_\_\_\_ vom 6. April 2015 wieder zu 20 % bei seiner letzten Arbeitgeberin, der Z.\_\_\_\_. Im Übrigen schrieb die Privatklinik A.\_\_\_\_ ihn ab dem 6. April 2015 zu 80 % arbeitsunfähig (Urk. 5/26/5).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte IK-Auszüge (Urk. 5/2; Urk. 5/4; Urk. 5/5; Urk. 5/11), Arztberichte der Privatklinik A.\_\_\_\_ (vom 4. Februar [Urk. 5/14/5] bzw. 27. März [Urk. 5/14/6], 7. Mai [Urk. 5/26], 1. Oktober 2015 [Urk. 5/31]) und einen Austrittsbericht der Privatklinik C.\_\_\_\_ (vom 18. Juli 2012 [Urk. 5/15]) ein. Am 8. April 2015 führte die IV-Stelle mit X.\_\_\_\_ ein Standortgespräch durch (Urk. 5/13). Am 16. Juli 2015 ergriff sie Frühinterventionsmassnahmen, um dessen Arbeitsplatz zu erhalten (Urk. 5/22). Diese schloss sie am 21. Oktober 2015 bis auf Weiteres mit der Begründung ab, X.\_\_\_\_ werde durch Dr. B.\_\_\_\_ und seine Arbeitgeberin gut betreut (Urk. 5/13/2; Urk. 5/30/4).

Gestützt auf ihre Abklärungen, insbesondere auf die Arztberichte der Privatklinik A.\_\_\_\_, stellte die IV-Stelle X.\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 7. Dezember 2015 die Verneinung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht (Urk. 5/32). Der Gesundheitszustand sei im Wesentlichen nicht invalidisierend und es könne von dessen Verbesserung ausgegangen werden. Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 5. Februar 2016 Einwand und machte sinngemäss geltend, dass der Gesundheitszustand invalidisierend sei und sich nicht verbessert habe (Urk. 5/37). Mit Verfügung vom 12. Februar 2016 nahm die IV-Stelle zu den Einwänden Stellung und wies das Leistungsbegehren unter Bestätigung ihres Vorbescheides ab (Urk. 5/41 = Urk. 2).

### **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). 1 .

### **E. 1.3**

Nach der neusten Rechtsprechung des Bundesgerichts fehlt es leichten bis mittel schweren depressiven Erkrankungen - solange sie therapeutisch angebar sind - bereits diagnosebedingt an einem hinreichenden Schweregrad, um als invalidisierender Gesundheitsschaden zu gelten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2 mit Hinweisen).

Zur Frage, wie es sich bei schweren depressiven Störungen verhält, hat sich das Bundesgericht bis heute nicht geäussert. Das Sozialversicherungsgericht hat in Anwendung der bis anhin nicht geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung gemäss BGE 127 V 294, wonach auch bei therapierbaren psychischen Gesundheitsstörungen ein Rentenanspruch entstehen kann, solange die objektiv und subjektiv zumutbare Behandlung keine rentenausschliessende Erwerbsfähigkeit bewirkt, in den Urteilen IV.2015.00747 vom 28. September 2016 und IV.2016.00007 vom 10. November 2016 geschlossen, dass beim Vorliegen einer schweren depressiven Störung bereits während der Behandlung ein - allenfalls befristeter - Rentenanspruch entstehen kann, wenn sich die versicherte Person einer konsequenten Therapie unterzieht.

Eine Therapie ist als konsequent zu erachten, wenn die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.3).

### **E. 1.4**

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. 2**

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

Art. 8 ATSG bewirken. 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. ).

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein.

Das bedeutet, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. Auch bei einer diagnostizierten Depressionsstörung sind daher das Beschwerdebild prägende psychosoziale Belastungsfaktoren bei der Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, zu beachten und auszuklammern. Die rechtsanwendenden Behörden haben demnach mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 5.3 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 2.3 mit Hinweisen auf BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a).

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung stellte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Es könne davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten durch die Weiterführung seiner Therapie noch weiter verbessern werde. Daher bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert. Er fühle sich zudem diskriminiert und es sei letztlich nicht begründet, was die von der Beschwerdegegnerin angeführte eindeutige Sach- und Rechtslage sei (Urk. 1). Sinngemäss bringt der Beschwerdeführer damit im Wesentlichen vor, sein Gesundheitszustand sei invalidisierend, weshalb ihm eine Invalidenrente zu gewähren sei.

3.

3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich anhand der Aktenlage wie folgt dar: 3.2

Der Beschwerdeführer war zwischen 2000 und 2002 sowie im Jahre 2004 für sechs Monate und 2011 bis zur Hospitalisation Ende Oktober in ambulanter Psychotherapie bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Urk. 5/15/9). 3.3

Im Austrittsbericht der Privatklinik C.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2012 führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

FMH, für die Zeit des ersten stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers von Ende Oktober 2011 bis Januar 2012 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.21), psychosoziale Belastungsfaktoren im Sinne von Problemen am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56) und Problemen in der Ehe (ICD-10 Z63) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional-instabil (ICD-10 Z73.1) an (Urk. 5/15/10). Als Entlassungsmedikation verschrieb er Remeron 30 mg zur Nacht (Urk. 5/15/10). 3.4

Im selben Austrittsbericht der Privatklinik C.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2012 hielt Dr. E.\_\_\_\_ für die Zeit des zweiten stationären Aufenthalts vom 21. Mai bis 3. Juli 2012 als Diagnosen eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), psychosoziale Belastungsfaktoren wegen der Kündigung (ICD-10 Z56) und der Trennungssituation in der Ehe (ICD-10 Z63) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional-instabil (ICD-10 Z73.1) fest (Urk. 5/15/8). Familienanamnestisch führte er die Schizophrenie der Schwester des Beschwerdeführers und den Suizid von dessen Vater an (Urk. 5/15/10). In psychotherapeutischer Hinsicht empfahl Dr. E.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Fortführung der wöchentlichen psychotherapeutischen Gespräche. In pharmakotherapeutischer Hinsicht verschrieb Dr. E.\_\_\_\_ ihm nach dem Austritt jeden Tag Remeron 30 mg zur Nacht und Temesta nach Verordnung (Urk. 5/15/11). Er riet dem Beschwerdeführer zur antidepressiven Pharmakotherapie für mindestens weitere sechs Monate (Urk. 5/15/11). Ausserdem schrieb er ihn bis Ende Juli 2012 bei einer noch bestehenden leichten affektiven Instabilität zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 5/15/11). 3.5

Im Arztbericht der Privatklinik A.\_\_\_\_ vom 4. Februar (Urk. 5/14/5) bzw. 27. März 2015 (Urk. 5/14/6) listete Dr. B.\_\_\_\_, Stationsärztin, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63) auf (Urk. 5/14/1; Urk. 5/14/6). In der Anamnese erwähnte sie die nunmehr dritte psychiatrische Hospitalisation vom 18. Dezember 2014 bis 2. April 2015 und gab als Grund dafür ein depressiv-suizidales Syndrom sowie schwerwiegende Schlafstörungen an (Urk. 5/14/3). Als psychiatrische Befunde führte sie im Wesentlichen eine leicht reduzierte Aufmerksamkeit und Konzentration, Depressivität im Affekt und eine etwas gedrückte Stimmung an (Urk. 5/14/3). Der Beschwerdeführer habe bei der Arbeit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, leide unter körperlicher Erschöpfung und an Müdigkeit durch Schlafstörungen (Urk. 5/14/3). Seine Anpassungsfähigkeit sei eingeschränkt, so dass stressreiche Situationen vermieden werden sollten (Urk. 5/14/6). Zudem sei seine Belastbarkeit eingeschränkt, da eine psychische Vulnerabilität vorhanden sei, wenn die Erholungszeiten nicht eingehalten werden könnten (Urk. 5/14/6). Weiter informierte sie über eine psychopharmakologische Therapie antidepressiv mit Venlafaxin sowie

schlaffördernd mit Trazodon (Urk. 5/14/3). Die pharmakologische Therapie sei für mindestens 12 Monate beizubehalten unter regelmässigen laborchemischen sowie elektrokardiographischen Kontrollen (Urk. 5/14/3). Dem Beschwerdeführer attestierte sie vom 18. Dezember 2014 bis am 6. April 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 5/14/3). Sie erwähnte im Arztbericht vom 4. Februar 2015 zudem, dass er in den nächsten 4-12 Wochen in einem Pensum von ungefähr 20 bis 80 % arbeitsfähig sei, sofern die psychische Stabilität vorhanden bleibe (Urk. 5/14/4). In der schriftlichen Auskunft vom 27. März 2015 zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit empfahl sie dann eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit unter Einhaltung der Ruhezeiten sowie der „Work-Life-Balance“ (Urk. 5/14/6). 3.6

Im Austrittsbericht der Privatklinik A.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2015

stellten Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt und stellvertretender Chefarzt Privé, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

FMH, Dr. phil. G.\_\_\_\_, Leitende Psychologin und Fachpsychologin für Psychotherapie FSP sowie Dr. B.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63) (Urk. 5/26/2). Als psychiatrische Familienanamnese erwähnten sie den Suizid im ersten Verwandtschaftsgrad und die Schizophrenie im zweiten Verwandtschaftsgrad (Urk. 5/26/3). Im Weiteren listeten die drei Ärzte für die Zeit vom 18. Dezember 2014 bis 12. Februar 2015 (erste Hospitalisation in der Privatklinik A.\_\_\_\_) und die Zeit vom 23. Februar bis 2. April 2015 (zweite Hospitalisation in der Privatklinik A.\_\_\_\_ nach einer Belastungserprobung in Form von Urlaub gemeinsam mit den Kindern [Urk. 5/26/2]) Angaben zu den Zuweisungsumständen und den psychopathologischen Befunden auf. Als psychopathologische Befunde erwähnten sie per Datum 18. Dezember 2014 (Beginn der ersten Hospitalisation in der Privatklinik A.\_\_\_\_) im Wesentlichen verminderte Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration; Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle und verringertes Selbstwertgefühl; im Affekt verzweifelt und Stimmung deprimiert; Durchschlafstörungen; passive Todeswünsche, aber glaubhaft von Suizid distanziert und absprache fähig (Urk. 5/26/3). Per Datum 23. Februar 2015 (Beginn der zweiten Hospitalisation

in der Privatklinik A.\_\_\_\_) nannten sie in psychopathologischer Hinsicht im Wesentlichen eine unauffällige Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration; Schuldgefühle, Insuffizienzgefühle und verringertes Selbstwertgefühl; im Affekt deprimiert, Stimmung gedrückt; keine Durchschlafstörungen unter Trazodon; kein Hinweis auf akute Selbstgefährdung (Urk. 5/26/3).

Unter Berücksichtigung der Befunde der beiden vorerwähnten Hospitalisationen begründete die Privatklinik A.\_\_\_\_ ihre Diagnose im Arztbericht vom 7. Mai 2015 wie folgt: Der klinische Verlauf, der Befund und die Anamnese sprächen für eine depressive Episode aufgrund Überbelastung durch psychosoziale Faktoren, insbesondere durch einen auszehrenden aktuellen Scheidungsprozess. In der Vorgeschichte lägen eigenanamnestisch zweimalig depressive Episoden mit ähnlicher Symptomatik 2011 und 2012 vor, bei der es beide Male zu einer Hospitalisation (Privatklinik C.\_\_\_\_) gekommen sei. Aus diesem Grund würden sie die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung stellen (Urk. 5/26/4). Psychopharmakologisch erhalte der Beschwerdeführer retardiertes Trazodon zur

Regulierung des Nachtschlafes. Zur Verbesserung der Affektivität trage die Behandlung mit retardiertem Venlafaxin bei (Urk. 5/26/4). Zur weiteren Stabilisierung sowie im Sinne der Rückfallprophylaxe würden sie die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung und die Weitergabe der etablierten Medikation für mindestens 12 Monate unter regelmässiger Kontrolle im ambulanten Setting empfehlen (Urk. 5/26/5). Sie attestierten dem Beschwerdeführer bis zum 6. April eine 100%ige und ab 7. April 2015 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 5/26/5). Letztlich setzten sie einen ambulanten Kontrolltermin bei Dr. B.\_\_\_\_ auf den 6. Mai 2015 an (Urk. 5/26/5). 3.7

Im Verlaufsbericht vom 1. Oktober 2015 hielten Dr. med., Dr. sc. nat. H.\_\_\_\_, Oberärztin der Privatklinik A.\_\_\_\_, und Dr. B.\_\_\_\_ fest, seit dem 6. Mai 2015 seien alle zwei Wochen 60-minütige Einzelgespräche erfolgt, welche der Beschwerdeführer stets regelmässig besucht habe. Gleichzeitig habe der Beschwerdeführer seine Arbeit an der gewohnten Arbeitsstelle wieder zu 20 % aufgenommen. Die Belastungssituation aufgrund des Scheidungsprozesses sowie die damit verbundenen organisatorischen und emotionalen Auseinandersetzungen mit seiner Ex-Frau seien weiterhin vorhanden und würden in den Einzelgesprächen regelmässig thematisiert (Urk. 5/31/3). Sie diagnostizierten nach wie vor eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und andere Kontakttänlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (Scheidung, ICD-10 Z63; Urk. 5/31/2). Als psychopathologische Befunde erwähnten sie im Wesentlichen eine ungestörte Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration; gelegentliches Grübeln über die aktuelle Situation bezüglich des Scheidungsprozesses; im Affekt wechselhaft zwischen ängstlich und euthym, Stimmung situationsangepasst; Antrieb leicht reduziert, Psychomotorik unauffällig; der Patient berichte über immer wieder auftretende Müdigkeitszustände; Schlaf unter Medikation mit Trazodon einwandfrei; kein Hinweis auf akute Selbstgefährdung (Urk. 5/31/2). Die psychopharmakologische Behandlung mit Venlafaxin und Trazodon werde weitergeführt (Urk. 5/31/3). Weiter lasse sich der Steigerungsgrad der Arbeitsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt nicht abschliessend einschätzen, jedoch sei eine weitere Steigerung auf 30–40 % bei gleichbleibender psychischer Stabilität bis Ende des Jahres 2015 denkbar (Urk. 5/31/3). 3.8

Im Austrittsbericht der Privatklinik A.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016, der im Verlaufe des Beschwerdeverfahrens eingereicht wurde, informierten Dr. G.\_\_\_\_, Dr. H.\_\_\_\_ und lic. phil. I.\_\_\_\_, klinische Psychologin, über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers für die Zeit vom 11. Mai bis zum 30. Juni 2016 (dritte Hospitalisation in der Privatklinik A.\_\_\_\_). Sie stellten die psychiatrischen Diagnosen der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73) sowie die somatische Diagnose Clusterkopfschmerz (ICD-10 G44.0; Urk. 8/1 S. 1). Als psychopathologische Befunde führten sie im Wesentlichen Folgende an: anamnestisch ausgeprägte Konzentrationsstörungen; Gedanken kreisen und Grübelneigung; im Affekt niedergestimmt, emotionale Schwingungsfähigkeit eingeschränkt; Antrieb und Psychomotorik stark reduziert; ausgeprägte Erschöpfung und Müdigkeit sowie Zukunftsängste (Urk. 8/1 S. 2). Laut der vorerwähnten Oberärztin und der beiden Psychologen würden Anamnese, Verlauf und Befunde mit depressiven Episoden in der Vorgeschichte für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode sprechen. Als mitbedingende Faktoren würden sie wiederkehrende Konflikte mit der Ehefrau, finanzielle Schwierigkeiten sowie hohe innere Leis

tungsanforderungen erachten. Protektive Faktoren seien die gute Beziehung zu den Kindern, das Golfspielen sowie seine hohe Therapiemotivation (Urk. 8/1 S. 2).

Nach den Angaben des Beschwerdeführers vom 11. Mai 2016 in der Privatklinik A.\_\_\_\_ war es nach dem Weggang seiner ambulanten Psychiaterin Anfang des Jahres (2016) über die letzten Wochen hinweg schleichend zu einer Zustandsverschlechterung gekommen (Urk. 8/1 S. 1). Die Oberärztin und die beiden Psychologen rieten dem Beschwerdeführer zur weiteren Stabilisierung sowie im Sinne einer Rückfallprophylaxe hinsichtlich der depressiven Symptomatik zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbehandlung im ambulanten Setting sowie zur Fortsetzung der psychopharmakologischen Therapie für mindestens 6-12 Monate unter regelmässigen elektrokardiographischen und laborchemischen Kontrollen (Urk. 8/1 S. 3). Nach seinen Angaben hatte der Beschwerdeführer dazu bereits Kontakt mit M.Sc. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, aufgenommen (Urk. 8/1 S. 1; Urk. 8/1 S. 3). Ab dem 4. Juli 2016 sei der berufliche Wiedereinstieg zu einem Pensum von 20 % geplant, mit anschliessender schrittweiser Steigerung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/1 S. 3). 4.

#### 4.1

Ein Rentenanspruch entsteht unter anderem erst bei einer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Da der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Geschäftsleiter seit dem 18. Dezember 2014 zumeist zu mindestens 80 % arbeitsunfähig geschrieben war (vgl. vorstehend E. 3.5-3.7), begann die einjährige Wartezeit dann zu laufen. Diese ist folglich im Dezember 2015 abgelaufen.

Da ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs – mithin der Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin am 9. (Urk. 5/7/7) bzw. 19. Februar 2015 (Urk. 5/10/1) – entsteht, ist der frühestmögliche Rentenbeginn grundsätzlich im August 2015. Dieses Datum ist vor dem Dezember 2015, weshalb Letzteres für einen allfälligen Rentenbeginn massgebend ist.

#### 4.2

Die Berichte, die im Juli 2012 erstellt wurden (vgl. vorstehend E. 3.3-3.4), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von untergeordneter Bedeutung, denn streitig ist die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ab Dezember 2015.

Aus den Akten ergibt sich vom Dezember 2014 bis Oktober 2015 durchwegs die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und zumeist eine 100-80%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.5-3.7). Für die Zeit vom Oktober 2015 (vgl. vorstehend E. 3.7) bis Juli 2016 (vgl. vorstehend E. 3.8) und damit für die relevante Zeit ab Dezember 2015 liegen hingegen keine aussagekräftigen Arztberichte vor. Im Oktober 2015 war noch die Rede von einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F33.2), im Juli 2016 nur noch von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F33.1). Es kann deshalb derzeit nicht ausgeschlossen werden, dass auch nach Dezember 2015 noch eine schwere Depression vorlag. Auch wenn nicht unbeschadet auf die medizinisch attestierte Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2017 vom 15. März 2017 E. 4.1), ist in Anbetracht der attestierten 100-80%igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.5-3.7) und im Hinblick darauf, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode gemäss ICD-10 F32.2 nicht oder allenfalls nur sehr begrenzt in der Lage ist,

soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen, ein – befristeter – Rentenanspruch nicht auszuschliessen (vgl. vorstehend E. 1.2) .

Es kann aufgrund der erhobenen Befunde aber auch nicht ohne Weiteres auf eine schwere Depression geschlossen werden. Denn es bleibt anhand der Unterlagen unklar, auf welche Symptome bzw. Befunde die Ärzte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome ( ICD-10 F33.2), abstützten. Insbesondere ist nicht ersichtlich, welche der für eine schwere Depression gemäss den klinischen-diagnostischen Leitlinien der internationalen Klassifikation psychischer Gesundheitsstörungen der Weltgesundheitsorganisation ( ICD-10 Kapitel V [ F ] , Dilling/Mombour/Schmidt [ Herausgeber ] , 10. Auflage, Bern 2015, S. 169 f., 174 und 179 f. ) erforderlichen drei typischen und mindestens fünf anderen Symptome vorhanden sein sollen. Dadurch kann die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) derzeit nicht hinlänglich nachvollzogen werden.

Hinzu kommt, dass die Diagnose in den Arztberichten der Privatklinik A.\_\_\_\_ (vom 4. Februar [Urk. 5/14/5] bzw. 27. März (Urk. 5/14/6), vom 7. Mai [ Urk. 5/26/3 ]

und vom 1. Oktober 2015 [ Urk. 5/31 /3]) im Wesentlichen nur pauschal mit „klinischem Verlauf, Anamnese und Befund“ (Urk. 5/26/4; vgl. auch Urk. 8/1 S. 2) sowie psychosozialen Faktoren begründet wurde. Dadurch ist eine Abgrenzung der psychosozialen Faktoren (z.B. negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Trennung von der Ehefrau, etc.) von sonstigen psychiatrischen Befunden und damit die Beurteilung des invalidisierenden Gehalts der diagnostizierten (schweren) Depression nicht möglich. Für die juristische Beurteilung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens ist die ärztliche Unterscheidung zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren und davon unterscheidbaren psychiatrischen Befunden (vgl. vorstehend E. 1.2) zentral. Diese kommt bei den vorhandenen Berichten aber nicht zur Geltung. So bestehen zwar Anhaltspunkte für eine schwere Depression, die Diagnose selbst ist aber nicht differenziert begründet. Auch daher ist sie nicht nachvollziehbar.

Ausserdem sind die Befunde im Arztbericht der Privatklinik A.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2016 (vgl. vorstehend E. 3.8) im Vergleich zu jenen in deren Arztbericht vom 1. Oktober 2015 (vgl. vorstehend E. 3.7) ausgeprägter. So ist der Beschwerdeführer beispielsweise im Affekt niedergestimmt (nicht mehr wechselhaft zwischen ängstlich und euthym), der Antrieb ist stark (nicht mehr leicht) reduziert und die Psychomotorik ist stark (nicht mehr unauffällig) reduziert. Trotz dem diagnostizierten die Ärzte im Arztbericht vom 11. Juli 2016 nur noch eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) und nicht mehr wie im Arztbericht vom 1. Oktober 2015 eine schwere Episode (ICD-10 F33.2). Auch unter diesem Gesichtspunkt ist die Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht schlüssig.

Aufgrund des Gesagten sind die Arztberichte unzulänglich, um die Frage einer invalidisierenden schweren Depression abschliessend zu klären. Da aber nach der Aktenlage Anhaltspunkte für eine schwere Depression bestehen und bei deren Vorliegen eine befristete Rente zur Diskussion stehen könnte, sind weitere Abklärungen vorzunehmen. 4.3

Sollte nach den Abklärungen der Beschwerdegegnerin erstellt sein, dass ab Dezember 2015 tatsächlich eine schwere Depression vorlag, muss die Beschwerdegegnerin im Sinne der

Rechtsprechung abklären, ob und wie lange sich der Beschwerdeführer einer konsequenten, aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren Therapie unterzog (vgl. vorstehend E. 1.3).  
4.4

Soweit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit von der IV-Anmeldung vom 19. Februar 2015 bis zum Verfügungszeitpunkt vom 12. Februar 2016 eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes attestieren will, bestehen dafür zwar anhand der Akten Anhaltspunkte. Die Privatklinik A. \_\_\_ erklärte in ihrem Verlaufsbericht vom 1. Oktober 2015 eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 30-40 % bis Ende 2015 für denkbar (Urk. 5/31 /3). Auch wenn sich der Gesundheitszustand jedoch denkbarerweise verbessert hätte, heisst das noch nicht, dass der verbleibenden Arbeitsunfähigkeit von e contrario 60-70 % nicht ein invalidisierender, von psychosozialen Faktoren unterscheidbarer psychischer Gesundheitsschaden zu Grunde liegt (vgl. vorstehend E. 1.2), der letztlich zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % führen könnte. Eine pauschale Verneinung einer Invalidenrente mit der Begründung psychosozialer Faktoren erscheint bei einer angeblich schweren Depression daher entgegen den Angaben der Beschwerdegegnerin nicht als sachgerecht, solange aufgrund der Aktenlage Anhaltspunkte für einen invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden und eine konsequente Depressions therapie bestehen. Somit genügt der Hinweis der Beschwerdegegnerin, es könne davon ausgegangen werden, dass sich der Gesundheitszustand durch die Weiterführung der Therapie verbessern werde, nicht, um nach der derzeitigen Aktenlage einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu verneinen.  
5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als unzulänglich erweist. Es bestehen Anhaltspunkte für eine schwere Depression. Daher sind im Sinne der Erwägungen (E. 4.2-4.3) weitere Abklärungen zu treffen. Die Verfügung vom 12. Februar 2016 ist daher aufzuheben und die Sache ist zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum anschliessenden Entscheid über die Ansprüche des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.  
6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangs gemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 12. Februar 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über die Ansprüche des Beschwerdeführers neu verfüge.  
2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.  
3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

#### **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 Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.

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