

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00440 vom 29. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00440

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00440 du 29 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00440 del 29 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

7. Juli 2014

erstattet wurde

(Urk. 7/91). Nach Weiterführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/104, Urk. 7/109, Urk. 7/113, Urk. 7/115, Urk. 7/133) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 3. März 2017 (Urk. 7/134 = Urk. 2) ab.

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

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermaßen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

Die Rechtsprechung hat zu den „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“ ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte „pathogenetisch -ätiologisch unklare syndromale

Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmemodell mit "Überwindbarkeitsvermutung") unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; BGE 141 V 281 E. 4.2; BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3; bislang: Fibromyalgie: BGE 132 V 65 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts I 336/04 vom 8. Februar 2006]; dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung: Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; dissoziative Bewegungsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4; Chronic

Fatigue Syndrome [CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom] und Neurasthenie: Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73; spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen [Schleudertrauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle: BGE 136 V 279 [Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010]; nichtorganische Hypersomnie: BGE 137 V 64 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts 9C_871/2010 vom 25. Februar 2011]; leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom: Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2012 vom 15. Juni 2012 E.5.2 und 6.1). Gemäss BGE 142 V 342 ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungsstörung anwendbar.

E. 1.3

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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 vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabebereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.4

).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen

Experten anderseits (BGE 124 I 170 E.

4) lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014, E. 7.2). Dies ist vorliegend nicht der Fall, berücksichtigten die Z.____ - Gutachter doch sämtliche vom Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchungen geklagten Beschwerden sowie die von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunde.

Zudem gilt der Grundsatz, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 253 E.

3b/cc), für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2006, E. 5.5 mit Hinweis).

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, es sei insbesondere gestützt auf die Beurteilungen von Prof. A.____, Dr. B.____ und Dr. C.____ von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vorstehend E. 2.2), vermag dies nicht zu überzeugen.

Prof. A.____ empfahl mit Gutachten von Oktober 2013 die Ausschöpfung aller fachspezifischen Behandlungsstandards für depressive Erkrankungen und erachtete bei erfolgreicher Ausschöpfung sogar die Erlangung der Berufsunfähigkeit im bisher ausgeübten Beruf als möglich (E. 3.7). Er verneinte demnach eine

Behandlungsresistenz, womit der von ihm diagnostizierten schweren depressiven Episode kein invalidisierender Charakter im Sinne der Rechtsprechung zukommen kann (E. 1.4). Hinzu kommt, dass die Z.____-Gutachter die Diagnose einer schweren depressiven Episode aufgrund der objektiven psychopathologischen Befunde nicht nachvollziehen konnten (E. 3.13).

Auch das Gutachten

von Dr. B.____

(E. 3.11) ist nicht geeignet, das schlüssige und nachvollziehbare Z.____-Gutachten in Zweifel zu ziehen, zumal Dr. B.____, soweit ersichtlich, keine Kenntnis aller vorhandenen Akten hatte. So nahm er einzig zum Gutachten von Prof. J.____ (E. 3.10) Stellung. Zudem äusserte er sich nur nebenbei zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (S. 60) und die Fragestellung des Gutachtens betraf ausdrücklich die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers.

Schliesslich vermag auch die Beurteilung durch

Dr. C.____ (E. 3.14) nicht zu überzeugen, legte doch die RAD-Ärztin nachvollziehbar dar, weshalb es sich bei dessen Einschätzung um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts handelt (vgl. E. 3.

E. 2

zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nach haltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Eine leichte depressive Episode stellt nach der Gerichtspraxis keine Komorbidität von hinreichender Erheblichkeit im Sinne der früheren Rechtsprechung zu den unklaren syndromalen Beschwerdebildern dar. Sie ist auch grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_337/2015 vom 7. April 2016 E. 4.4.1 mit weiteren Hinweisen).

Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E.

5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 3. März 2016 (Urk. 2) damit, dass weder aus somatischen noch aus psychischen Gründen ein medizinischer Sachverhalt beschrieben werde, welcher in der Art und Schwere die Voraussetzungen gemäss Art.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass zur Beurteilung der medizinischen Situation nicht auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Z.____-Gutachten abgestellt werden könne. Sollte das Gericht nicht auf die Angaben der behandelnden Ärzte und Kliniken abstellen, so sei unter Mitberücksichtigung der im deutschen Verfahren erstellten Gutachten von Dr. A.____ und Dr. B.____ auf die überzeugende konsiliarische Beurteilung durch Dr. C.____ vom 26. Oktober 2015 abzustellen. Es sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in der anspruchsvollen angestammten als auch einer leichteren Tätigkeit auszugehen (S. 11 f.). Mit Replik vom 5. Oktober 2016 (Urk. 12) wies er zudem auf die Ergebnisse einer erfolgten laborärztlichen Untersuchung hin, welche Auffälligkeiten bezüglich diverser Werte zeigen würden (S. 2 Ziff. 1).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3. 1

Die Fachpersonen des D.____, berichteten am 22. Dezember 2011 über ein Assessment Innere Medizin (Urk. 7/18/25-32) und nannten die folgenden Diagnosen (S. 5) : - arterielle Hypertonie - hypertensive Herzerkrankung - anamnestisch leicht eingeschränkte Nierenfunktion (Verdacht auf hypertensive Nierenerkrankung) - leichtes Übergewicht - Nikotinabusus - Verdacht auf depressive Erkrankung mit multiplen psychosomatischen

Symptomen

Zusammenfassend sei aufgrund der hypertensiven Herzerkrankung, den darauf beruhenden Symptomen und der sich in der Folge entwickelten Depression mit multiplen psychosomatischen Symptomen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit krankheitsbedingt seit dem 9. November 2011 plausibel. Neben der Behandlung der Hypertonie sei eine psychiatrische Behandlung dringend angezeigt. Bei adäquater Behandlung sollte in ein bis maximal zwei Monaten mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit wieder erreicht werden können (S. 6 Ziff. 2). 3. 2

Dr. med.

E.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Deutschland, nannte mit Bericht vom 18. Januar 2012 (Urk. 7/2/5-6 = Urk. 7/6/11-12 = Urk. 7/12/10-11 = Urk. 7/15/8-9 = Urk. 7/18/19-20 = Urk. 7/26/2-3) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung - Erschöpfungsdepression - somatoforme Störung

Bei der neurologischen Untersuchung am 17. November 2011 habe sich ein unauffälliger Befund gefunden. Psychopathologisch habe sich ein deutlich depressives Syndrom mit einer Paniktendenz, erheblichen vegetativen Störungen, Ein- und Durchschlafstörungen, eine massive Einengung auf körperliche Symptomatik gezeigt (S. 1). Ein medikamentöser Therapieversuch habe zu keiner Besserung geführt. Durch weitere Telefonate mit dem Beschwerdeführer habe sich gezeigt, dass sich das Beschwerdebild inzwischen eher weiter chronifiziert habe. Vor Ort an seinem Einsatzgebiet in der Schweiz bestünden keine geeigneten Behandlungsmethoden. Ihm sei daher die Aufnahme in einer entsprechenden psychosomatisch ausgerichteten Klinik

dringend geboten. Ambulante Therapieversuche seien aufgrund der massiven Schwere des Krankheitsbildes nicht erfolgsversprechend (S. 2).

Mit Bericht vom 16. Februar 2012 (Urk. 7/6/9-10) nannte er die folgenden Diagnosen (S. 1): - massive Depression, Niedergestimmtheit, Schlafstörungen seit November 2011, schwerer Ausprägungsgrad - generelle körperliche Schmerzen seit Dezember 2011, schwer - Pelzigkeit und Taubheit, nahezu im Bereich des gesamten Körpers - Hypertonus und Nierenerkrankung seit Januar 2012

Seit November 2011 bestehe aufgrund der Depression eine Arbeitsunfähigkeit (S. 1 Ziff. 4). Eine psychotherapeutische Behandlung habe bisher nicht konsequent durchgeführt werden können, da der Beschwerdeführer ständig zwischen seinen beiden Wohnsitzen (München/Schweiz) pendle. Aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes sei er nicht in der Lage, regelmässig eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen (S. 2 Ziff. 8). 3. 3

Die Ärzte der F.____ Klinik, Deutschland, berichteten am 24. Mai 2012 (Urk. 7/37/9 18) über eine psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers von März bis Mai 2012 und nannten die folgenden Diagnosen (S. 1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - arterielle Hypertonie - hypertensive Nierenkrankheit - hypertensive Herzkrankheit - Diskusprolaps Halswirbelkörper (HWK) 5/6 - Ulcera ventriculi

Der Beschwerdeführer habe sich auf dringliche Empfehlung des behandelnden Psychiaters vor dem Hintergrund einer schweren depressiven Episode im Zusammenhang mit einer lang andauernden beruflichen Belastungssituation vorgestellt. Er sei von Beruf

Werbefilmproduzent. Neben diesen massiven, überfordernden Belastungen sei am 17. November 2011 eine hypertensive Herz- und Nierenerkrankung diagnostiziert worden, die sich vor dem Hintergrund eines nicht behandelten Hypertonus entwickelt habe. Er fürchte nun aufgrund seiner Erkrankung um seine berufliche Zukunft (S. 1).

Als krankheitsauslösend sei neben der beruflichen Überforderungssituation und den in diesem Zusammenhang erlebten Enttäuschungen der Verlust des bisherigen Selbstverständnisses durch die Bedrohung der körperlichen Integrität im Rahmen der Diagnosestellung der hypertensiven Herz- und Nierenerkrankung zu sehen (S. 8 Mitte). 3. 4

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

nannte mit Bericht vom 6. Juli 2012 (Urk. 7/37/23-25) die folgenden Diagnosen (S.1): - mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1)

- Somatisierungsstörung

(ICD-10 F45.0)

- Abhängigkeitssyndrom von Nikotin, mit ständigem Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung

(ICD-10 Z60.3) - Adipositas - arterielle Hypertonie - hypertensive Herzerkrankung - hypertensive Nephropathie - Hyperlipoproteinämie II a - Diskusprolaps HWK5/6 - Ulcera ventriculi

Beim Beschwerdeführer hätten sich seit November 2011 im Kontext psychosozialer Belastungen und beruflicher Konflikte ein agitiert-depressives Syndrom sowie zahlreiche somatische und psychovegetative Beschwerden gezeigt (S. 1).

Die Erstmanifestation einer jetzt mittelgradigen depressiven Störung und einer Somatisierungsstörung sei bei somatischer Komorbidität und im Kontext psychosozialer Belastungen erfolgt. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Angezeigt seien eine therapeutische Tagesstruktur, eine Evidenz-basierte psychopharmakologische Therapie und psychotherapeutische Behandlung. Eine stationäre Behandlung in einer geeigneten psychosomatischen und/ oder psychiatrischen Klinik sei angesichts der Schwere der Störungen indiziert. Unter fachgerechter Behandlung sei die Prognose der Ersterkrankung ohne relevante psychiatrische Komorbidität angesichts der Persönlichkeitsressourcen des Patienten günstig (S. 3). 3. 5

Die Ärzte der H.____ führten mit Bericht vom 11. Januar 2013 (Urk. 7/40/1-5) aus, der Beschwerdeführer sei von Juli bis Oktober 2012 stationär in der H.____ und ab Januar 2013 ambulant in der H.____ Praxisstelle behandelt worden (Ziff. 1.3, Ziff. 1.5), und nannten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

(ICD-10 F32.2)

- Ausgebranntsein

(ICD-10 Z73.0)

Vom 23. Juli bis 31. Dezember 2012 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Arbeitstätigkeit als Producer für TV- und Filmproduktionen bestanden (Ziff. 1.6). Bei Austritt im Oktober 2012 habe eine verminderte Belastbarkeit, Ausdauer und kognitive Spannkraft im Rahmen der Grund erkrankung bestanden. Diese Einschränkungen wirk t en sich bei der Arbeit stark hinderlich aus. Der aktuelle Stand sei durch sie nicht zu beurteilen. Im Aus trittszeitpunkt im Oktober 2012 sei noch k eine genaue Einschätzung eines mög lichen beruflichen Wiedereinstiegs möglich gewesen (Ziff. 1.7). Durch ambu lante psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbetreuung mit Fortführung der medikamentösen Therapie liessen sich die Einschränkungen vermindern und die Arbeitsfähigkeit steigern (Ziff. 1.8). 3. 6

Die Ärzte der H.____

nannten mit Bericht vom 25. Juni 2013 (Urk. 7/62) folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1) : - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2)

- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.5) - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3) - Ausgebranntsein (ICD-10 Z73.0)

In der Psychotherapie sei deutlich geworden, dass sich der Beschwerdeführer sehr stark über seinen Beruf identifiziert habe und der Umstand, diesen auf grund der vorliegenden Symptomatik nicht mehr ausüben zu können, neben ausgeprä g ten Insuffizienzgefühlen zu Perspektiv- und Orientierungslosigkeit geführt gehabt habe. P s ychopharmakologisch sei die bereits installierte medi kamentöse Therapie zunächst fortgesetzt worden. Das Medikament habe der Patient wegen ungenügender Wirkung und anhaltender Antriebslosigkeit selb ständig abgesetzt. Er habe sich auf eine neuerliche Therapie mit einem anderen Medikament einlassen können (S. 4).

A ufgund der seit über einen längeren Zeitraum bestehenden schweren depressi ven Symptomatik, die auch durch zwei stationäre Behandlungen (mit unterschiedlichen Behandlungsschwerpunkten) allenfalls zu einer Teilremission habe gebracht werden können , sei die Prognose zum aktuellen Zeitpunkt als eher ungünstig einzuschätzen. Hierbei sei auch die teilweise bestehende Mal compliance des Patienten betreffend die medikamentöse Therapie zu erwähnen. Bezüglich der psychotherapeutischen Massnahmen zeige sich der Beschwerde führer sehr zuverlässig und aufgeschlossen. Die Arbeitsfähigkeit sähen sie als nicht gegeben an, dies müsse laufend reevaluiert werden. Der Beschwerdeführer habe von ihnen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung für 100 % erhalten (S. 5). 3. 7

Prof. Dr. med. A.____ , Institut für medizinische Begutachtung I.____ (D), erstattete am 7. Oktober 2013 ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten (Urk. 7/103/1-12). Er führte aus, dass keine Zweifel daran bestünden, dass beim Beschwerdeführer eine schwerwiegende psychische Erkrankung vor liege, die aufgrund der nachgewiesenen psychopathologischen Symptomatik und des Krankheitsverlaufs den Intensitätsgrad einer schweren depressiven Episode, einhergehend mit somatoformen Symptomen erreiche (S. 11). Es sei wichtig, die ambulante fachpsychiatrisch-psychotherapeutische Vorgehens weise, in enger Anbindung die stationären fachpsychiatrischen Behandlungs möglichkeiten , unbedingt fortzusetzen und nach Möglichkeit noch zu intensi vieren , wobei das besondere Augenmerk auf die Behandlungs-Compliance zu legen sei. Der Beschwerdeführer erfülle

alle Voraussetzungen, um bei ihm seit dem letzten Quartal 2011 eine Berufsunfähigkeit in dem von ihm zuletzt ausgeübten Beruf anzunehmen. Gelingt die Ausschöpfung aller fachspezifischen Behandlungsstandards für depressive Erkrankungen, so könne durchaus ein günstigerer Behandlungsverlauf als bisher mit Wiedererlangung der Berufsunfähigkeit - auch im bisher ausgeübten Beruf - möglich werden (S. 12). 3.

E. 5

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). 1.

E. 6

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). 2.

E. 8

Die Ärzte der H. ___ nannten mit Bericht vom 23. Oktober 2013 (Urk. 7/66) zuhanden der Beschwerdegegnerin dieselben Diagnosen wie mit Bericht vom 25. Juni 2013 (vgl. vorstehend E. 3. 6) und führten aus, in der bis herigen Tätigkeit als Producer für TV- und Werbefilme bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit November 2011 (Ziff. 1.6). Die stark verminderte Belastbarkeit, mangelnde Ausdauer und kognitive Einschränkungen schränkten sich sehr stark auf die Arbeit aus. Es werde empfohlen, im Frühsommer 2014 ein Belastungstraining im geschützten Rahmen durchzuführen (Ziff. 1. 7). 3. 9

Am 17. Juli 2014 erstatteten die Ärzte des Z. ___ ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie; Urk. 7/91) und nannten zusammenfassend die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 5.1) :

- leichtes zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom - geringe Degeneration der unteren Halswirbelsäule

(HWS) mit Diskusprotrusionen C5/6 und C6/7 (MRI Mai 2012) - keine Hinweise für eine neurologische Komplikation oder eine andere spezifische

Wirbelsäulenerkrankung

Sie nannten folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 f. Ziff. 5.2) : - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Somatisierungsstörung (ICD-

E. 10

F45. 0) - funktioneller Schwindel und Gangstörung im Rahmen einer Symptomausweitung

(ICD-10 F54) - Störung durch multiplen Substanzgebrauch (Benzodiazepine, Opioidanalgetika,

Alkohol), anhaltender Konsum, mindestens im Sinne eines schädlichen Gebrauchs

(ICD-10 F19.1) - Verdacht auf leichte Polyneuropathie (toxisch?) - arterielle Hypertonie
- linksventrikuläre Hypertrophie (Echokardiographie März 2012) - Fundus hypertonicus
(anamnestisch) - mittelschwere Niereninsuffizienz Stadium III nach Kidney

Disease

Outcomes Quality Initiative (KDOQI) - Grundkrankheit: Verdacht auf hypertensive

Nephropathie , Nephroangiiosklerose - keine renalen Folgeschäden - leichte Proteinurie -
Übergewicht

(BMI 29,4 kg/m²) - Hyperlipidämie - Verdacht auf Reizdarmsyndrom - Status nach
Antrumgastritis mit Ulcera ventriculi April 2012

Der Explorand sei gelernter Einzel- und Aussenhandelskaufmann. Nach der Lehre habe er
gemäss anamnestischen Angaben durchgehend als Werbefilmer in der Filmbranche ge-
arbeitet, sodass dies nachstehend als die angestammte Tätigkeit betrachtet werde (S. 25
Ziff. 6.2) .

Aus rheumatologischer Sicht könne aufgrund der anamnestischen Angaben, der erhobenen
Untersuchungsbefunde sowie der bildgebenden Diagnostik ein leichtes zervikal- und
lumbalbetontes Panvertebralsyndrom diagnostiziert werden mit radiologisch nur geringen
degenerativen Veränderungen der unteren HWS mit Diskusprotrusionen C5/6 und C6/7
(MRI Mai 2012). Hinweise für eine neurologische Komplikation oder eine andere
spezifische Wirbelsäulenerkrankung

fänden sich nicht. Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen seien dem
Exploranden körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich
leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeit und somit auch für die angestammte Tätigkeit
als Filmer in der Filmbranche bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und
Leistungsfähigkeit von 100

% (S. 25) .

Aus neurologischer Sicht bestehe bei gemindertem Vibrationsempfinden die
Verdachtsdiagnose einer leichten beginnenden Polyneuropathie. Differential diagnostisch
sei eine äthylische Genese zu favorisieren. Ferner könnten ein funktioneller Schwindel
und eine Gangstörung festgehalten werden, welche im Rahmen einer Symptomausweitung
ständen. Hinweise für eine neurologische Ursache fänden sich nicht. Aus neurologischer
Sicht könnten dem Exploranden aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten
Diagnosen Tätigkeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen nicht
zugemutet werden. Für alle übrigen körperlich leichten bis mittelschwer belastenden
Tätigkeiten und somit auch für die angestammte Tätigkeit bestehe eine volle
Arbeitsfähigkeit (S. 25 f.) .

Aus nephrologischer Sicht könne aufgrund der Aktenlage sowie der erhobenen
Untersuchungsbefunde eine chronisch stabile mittelschwere Niereninsuffizienz Stadium III
nach KDOQI bestätigt werden. Renale Folgeschäden könnten nicht objektiviert werden.
Aufgrund der mittelschweren Niereninsuffizienz bestehe in der angestammten Tätigkeit
keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, lediglich körperlich schwere Tätigkeiten könnten
dem Exploranden nicht mehr zugemutet werden (S. 26).

Aus psychiatrischer Sicht können sie aufgrund der anamnestischen Angaben und den erhobenen Untersuchungsbefunden eine leichte depressive Episode, eine Somatisierungsstörung sowie eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch mit insbesondere auch anhaltendem Konsum von Alkohol festgehalten werden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingt durch diese Diagnosen besteht nicht, der Explorand sei in einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags und uneingeschränkt arbeitsfähig. Zusammenfassend besteht für körperlich schwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten bis mittelschwer belastenden Tätigkeit ohne Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen und somit auch für die angestammte Tätigkeit besteht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 26).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen sie davon aus, dass gemittelt über den zeitlichen Verlauf in der angestammten Tätigkeit stets eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden habe. Lediglich während der psychiatrischen Hospitalisationen habe punktuell eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 26 Ziff. 6.3). 3.10

Prof. Dr. med. J. ___ erstattete im Auftrag des Landgerichts K. ___ am 8. Oktober 2014 ein psychiatrisches Sachverständigen Gutachten (Urk. 7/103/13 51). Bei der jetzigen Untersuchung habe der Beschwerdeführer das typische Bild einer ausgeprägten Konversionsstörung gezeigt.

Im Rahmen der neueren Klassifikationssysteme sei von einer dissoziativen Störung zu sprechen. Typisch sei, dass die Patienten mit einer Konversionsstörung vorwiegend unter körperlichen Störungen, besonders auch neurologischen Symptomen wie Lähmungen, ungewollte Muskelkontraktionen, Anfällen, Sehstörungen, Zittern, Schmerzzuständen, Schwächezuständen, Magen-Darm-Störungen, Sexualstörungen, auch vor allem Gangstörungen, also insgesamt körperlichen Störungen litten, die aber keine Erklärung in einer körperlichen Erkrankung oder Dysfunktion fänden. Dieses Bild bietet der Beschwerdeführer in charakteristischer Weise bis dahin, dass er sich als rollstuhlpflichtig erlebe, obwohl keinerlei Lähmungen oder organisch begründete Gangstörungen vorliegen würden (S. 29).

Daneben besteht beim Beschwerdeführer eine Low-dose-Benzodiazepinabhängigkeit, sofern er offenbar seit Jahren regelmäßig täglich 20 mg Valium einnehme. Man werde nicht umhinkommen, dieses Abhängigkeitssyndrom zumindest partiell als iatrogen einzustufen. Außerdem hätten sich bei der

jetzigen Untersuchung Hinweise auf das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mit vorwiegend narzisstischen, aber auch histrionischen Zügen gefunden. Von einer solchen Persönlichkeit werde gesprochen, wenn eine Tendenz zur Dramatisierung besteht, zu labiler Affektivität gepaart mit einem andauernden Verlangen nach Anerkennung und Aufmerksamkeit. Narzisstische Persönlichkeitszüge liessen sich erkennen, sofern Größenempfindungen und Phantasien über unbegrenzten Erfolg eine wesentliche Rolle im psychischen Haushalt der Person spielten (S. 30 oben).

Depressive Symptome (verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, niedergedrückte Stimmung, Fehlen affektiver Schwingungsfähigkeit, Gefühle von Wertlosigkeit, verminderter Appetit) hätten sich nicht gefunden, allenfalls in rudimentärer Form (pessimistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, Suizidgedan

ken) . Typisch seien in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der testpsychologischen Untersuchung. Diese Untersuchung habe erneut die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers bestätigt, dass er an einer sehr schweren Depression leide (vgl. BD I II). Bei der Symptom-Checkliste (SCL-90) habe der Beschwerdeführer Belastungen in einem Ausmaß notiert, das selbst akut-klinisch kranke Patienten selten aufwiesen. Der Persönlichkeitsfragebogen (SKID II) gebe Hinweise auf das Vorliegen von Persönlichkeitsakzentuierungen im Bereich Narzissmus und Impulsivität. Schließlich sei auf das vierte Testverfahren hingewiesen (SFSS), wo nach es Hinweise für eine übertriebene Darstellung der Symptome gebe. In einem weiteren Testverfahren

(TOMM) ergebe sich kein Hinweis auf simulierte Gedächtnisstörungen (S. 30 Mitte) .

Im Hinblick auf die Fragestellung des Gutachtens müsse deshalb konstatiert werden, dass im November 2011 sowie in der Folgezeit nicht die Prognose hätte gestellt werden können, dass der Beschwerdeführer infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen ausserstande sein werde, seinen Beruf im Sinne der Vertragsbedingungen auszuüben. Selbst unter den jetzigen Umständen - er habe seit fast drei Jahren nicht mehr gearbeitet - werde man keine negative Prognose stellen können (S. 35). 3.1 1

Dr. med. B.____, Hattersheim (D), erstattet am 5. Februar 2015 auf Veranlassung des Beschwerdeführers (S. 1) ein „neurologisch-psychiatrisches Gutachten zur Vorlage bei Gericht“ (Urk. 7/103/52-112) und nannte die folgenden Diagnosen (S. 47 f.): - anhaltende depressive Episode, auch jetzt mindestens mittelschwer bis schwerstgradig

(ICD-10 F32.1/2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - schwere Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - Tinnitus - HWS-Syndrom mit Wurzelreizung - Carpal-Tunnel-Syndrom links - Benzodiazepinabhängigkeit

(ICD-10 F13.2) - Missbrauch von Analgetika (ICD-10 F55) - Nikotinabusus (ICD-10 F17.2)

Laut Beweisbeschluss des Landgerichts K.____

vom 30. Januar 2014 solle das Gutachten die Frage klären, ob die Behauptung des Beschwerdeführers zutreffe, dass er seit dem 9. November 2011 zumindest 50 % berufsunfähig sei (S. 2 oben).

Der Beschwerdeführer stehe seit dem 15. Lebensjahr auf eigenen Beinen und habe sich stets über seine Leistung und körperliche Intaktheit definieren müssen. Als er dann habe erfahren müssen, dass er mit Ende 30 an multiplen, nicht unbedrohlichen körperlichen Erkrankungen leide, sei für ihn eine Welt eingebrochen. Ausserdem liege ein störender und quälender Tinnitus vor und es komme zu Problemen mit Beruf und Umgebung (S. 59).

Der Beschwerdeführer sei seit 2011 kontinuierlich nicht in der Lage, auch nur stundenweise einer geregelten, selbst leichten Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert nachzugehen (S. 60).

3.1 2

Die Ärzte der H.____

berichteten am

26. Mai 2015 (Urk. 7/106) über einen stationären Aufenthalt von April bis Mai 2015 und nannten die folgenden Diagnosen (S. 1): - schwere depressive Episode ohne psychotische

Symptome - Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben

Anamnese, Verlauf und Befunde sprächen für die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome. Als mitbedingende Faktoren sähen sie die somatischen Beschwerden, den nervenaufreibenden Kampf um seine Rechte bezüglich offener Differenzen bei Versicherungsfragen und die durch den Verlust der Arbeitsstelle entstandene Selbstwertproblematik. Bezüglich eines Teilaspekts der vorhandenen Schmerzsymptomatik dürfte eine somatoforme Schmerzstörung differenzialdiagnostisch diskutiert werden. Als protektive Faktoren erachteten sie seine Intelligenz, seinen Humor, und seine Kreativität sowie die gute Beziehung zur Lebenspartnerin (S. 2 unten). 3.1 3

Die Ärzte des Z.____ nahmen am 29. September 2015 zum Gutachten von Dr. A.____ (vgl. vorstehend E. 3.7), demjenigen von Dr. J.____ (vorstehend E. 3.1 0) und demjenigen von Dr. B.____ (vorstehend E. 3.1 1) nachträglich Stellung (Urk. 7/109) . Zum Gutachten von Dr. A.____ führten sie aus, insbesondere aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen objektiven psychopathologischen Befunde lasse sich eine schwere depressive Episode nach ICD-10 nicht nachvollziehen (S. 1). Zum Gutachten von Dr. J.____ führten sie insbesondere aus, eine Konversionsstörung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung müssten bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gleich behandelt werden . Zum Gutachten von Dr. B.____ führten sie aus, der erhobene psychische Befund würde keine Diagnose einer schweren depressiven Episode begründen. Eine Anpassungsstörung, auch wenn diese schwer ausgeprägt sei, könne keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 2). 3. 1 4

Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , berichtete am 26. Oktober 2015 (Urk. 7/117 = Urk. 122) über eine konsiliarische Untersuchung vom 23. Oktober 2015 und nannte die folgenden Diagnosen (S. 3 Ziff. 3): - schwere generalisierte Angststörung im Rahmen der längeren Störung der Stressmodulationsfähigkeit (ICD-10 F41.1) - mittelgradige bis schwere depressive Episode im Sinne einer Erschöpfungsdepression

(ICD-10 F32.11/2) - ausgeprägte psychophysische Erschöpfung (ICD-10 Z73.0)

Beim Beschwerdeführer könne aufgrund von schweren Beeinträchtigungen der Konzentrationsausdauer, geistiger Flexibilität aufgrund der formalen Denkfunktionen, allgemeiner psychischer Belastbarkeit, Antriebsstörungen und körperlicher Erschöpfung sowie Störungen der sozialen Interaktionen bei fehlender Selbstbehauptungsfähigkeit keine Arbeitsfähigkeit auf dem freien Wirtschaftsmarkt attestiert werden. Es sei nicht auszuschließen, dass der Beschwerdeführer seit November 2011 intermittierende Phasen der Teilremission der depressiven Symptomatik ausgewiesen habe, in der Längsschnittbeurteilung könne ihm aber keine Arbeitsfähigkeit seit November 2011 attestiert werden (S. 4). 3. 1 5

Die Ärzte der H.____

berichteten am

5. November 2015 (Urk. 7/126/1 4) über einen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers von Oktober bis November 2015 und nannten die folgenden Diagnosen (S. 1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung im Sinne einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)

Die beschriebene Symptomatik bestehe kontinuierlich seit zirka vier Jahren. Bisherige Therapieversuche medikamentös als auch psychotherapeutisch hätten bis dato nicht zu einer ausreichenden und signifikanten Besserung der depressiven Symptomatik und zunehmend auch regressiven Tendenzen des Beschwerdeführers geführt. Als krankheitsaufrechterhaltend seien weiterhin andauernde Streitigkeiten mit Krankenversicherung und Erwerbsunfähigkeitsversicherung und in Zuge dessen wiederholte gutachterliche Termine zu werten. Bereits im Vorfeld der stationären Behandlung habe er seine behinderungsgerecht eingetragene Wohnung zur Untervermietung ab Januar 2016 freigegeben. Zusammen mit seiner Lebensgefährtin habe er daraufhin den Plan avisiert, ein Wohnmobil zu kaufen und an verschiedene Orte zu reisen (S. 2 f.). 3. 16

Mit Stellungnahme vom 23. Dezember 2016 (Urk. 21) hielt med. pract. L.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), fest, aus medizinischer Sicht sei die Stellungnahme von Dr. C.____ nicht geeignet, das Ergebnis des Z.____-Gutachtens in Frage zu stellen. Die im Psychostatus festgestellte Symptomatik habe Dr. C.____ als vegetativen Ausdruck einer Angststörung interpretiert. Dem Z.____-Gutachten zufolge bestehe ein erheblicher Alkohol-, Opiat- und Benzodiazepin-Missbrauch, so dass die geschilderten Symptome auch Ausdruck eines Entzugssyndroms sein könnten (S. 1). Die von Dr. C.____ festgestellte Antriebsminderung könne ebenfalls eine Nebenwirkung der Einnahme von Opiaten, Valium und Alkohol sein. In der Medikation erwähne Dr. C.____ 20 mg Valium, diskutierte aber nicht, welche Auswirkungen diese Medikation auf den psychischen Befund habe (S. 2). 3. 17

Erst nach Verfügungserlass vom 3. März 2016 (Urk. 2) reichte der Versicherte im Beschwerdeverfahren ärztliche Berichte neueren Datums ein:

Die Ärzte der M.____, (D), nannten mit Bericht vom 5. Mai 2017 (Urk. 25/1/2) die folgenden Diagnosen: - undifferenzierte Somatisierungsstörung

(ICD-10 F45.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom

(ICD-10 F13.2) - soziale Phobien

(ICD-10 F40.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode

(ICD-10 F33.2)

Der Beschwerdeführer wirke sehr auf eher somatische Erklärungsmodelle fixiert. Zur Verbesserung der Krankheitsakzeptanz und zum Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sei es derzeit dringend erforderlich, die stationäre Behandlung fortzuführen (S. 5). 3. 18

Die Ärzte des Krankenhaus N.____ (D) berichteten am 23. Juni 2017 (Urk. 25/2/2) über eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 19.

bis 23. Juni 2017 und nannten die folgenden Diagnosen (S. 1) : - chronisch rezidivierende Sigmadivertikulitis ohne Komplikationen Stadium IIIb - erhebliche psychische Überlagerung

In durchgeführten Kontrollen der Paraklinik sei ein Absinken der Entzündungsparameter nachweisbar gewesen, sodass der Beschwerdeführer

bei deutlich gebessertem Beschwerdebild im Bereich des linken Mittel- und Unterbauches in die Häuslichkeit habe entlassen werden können (S. 2) . 4. 4.1

Insgesamt ergibt die Würdigung der medizinischen Akten, dass das von den Ärzten des Z.____ erstellte polydisziplinäre Gutachten vom 17. Juli 2014 (Urk. 7/91) für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist. Es berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (S. 6 ff. Ziff. 3) und beruht auf eigenen durchgeführten Untersuchungen (S. 9 ff.) . Das Gutachten ist in Kenntnis der (S. 3 ff. Ziff. 2) und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (S. 10 Ziff. 3.6, S. 15 f. Ziff. 4.1.8, S. 19 Ziff. 4.2.7, S. 22 Ziff. 4.3.7, S. 24 Ziff. 4.4.7), insbesondere geht es differenziert auch auf die abweichende Beurteilung der Ärzte der H.____ bezüglich der depressiven Episode ein (S. 15 Ziff. 4.1.8). Weiter leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein . Die von den Gutachtern vorgenommenen Schlussfolgerungen sind ausführlich und nachvollziehbar begründet. Das Gutachten genügt damit den praxisgemässen Anforderungen (vgl. E. 1. 5) vollumfänglich, weshalb darauf abzustellen ist.

In Bezug auf die gerügte Dauer der psychiatrischen Begutachtung (Urk.1 S. 9 f., Urk. 3/4 S.3 Ziff. 15) ist festzuhalten, dass es für den Aussagegehalt einer ärztlichen Stellungnahme rechtsprechungsgemäss nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.2). Trifft dies - wie hier - zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend.

Die Z.____ -Gutachter legten überzeugend dar, dass einzig ein leichtes zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe und kamen zum Ergebnis, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit zumutbar sei . Lediglich körperlich schwere Tätigkeiten können ihm nicht mehr zugemutet werden (vgl. E. 3. 9) . 4.2

Unterschiedliche Einschätzungen liegen in Bezug auf die depressive Episode vor. Während die Z.____ -Gutachter eine leichte depressive Episode diagnostizierten (E. 3. 9) , verneinte Prof. J.____ eine Depression gänzlich (E. 3.1 0) .

Dr. G.____

diagnostizierte eine mittelgradige depressive Störung (E. 3. 4) und

Dr. B.____ (E. 3.

E. 11

) sowie

Dr. C.____ (E. 3.1 4) gingen von einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode aus. Dr. E.____ (E. 3.2), die Ärzte der F.____ Klinik (E. 3. 3) , diejenigen der H.____ AG (E. 3. 5 , E. 3. 6 , E. 3. 8 , E. 3.1 2, E. 3.15) , Prof. A.____ (E. 3. 7) und die Ärzte der M.____ (E. 3. 17) gingen gar von einer schweren depressiven Episode aus .

Praxisgemäss ist eine leichte depressive Episode , wie sie von den Z.____ Gutachtern diagnostiziert wurde, nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014, vorstehend E.

E. 16

).

4. 3

Zu prüfen ist sodann, ob sich das Schmerzgeschehen invalidisierend auswirkt.

Die im Gutachten des Z.____ vom 17. Juli 2014 (vorstehend E. 3. 9) unter den Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) aufgeführte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) gehört zu den mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vergleichbaren psychosomatischen Leiden (Urteil des Bundesgerichts 8C_696/2008 vom 3. Juni 2009 E. 8.2.2). Darauf war somit bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2015 grundsätzlich die neue Rechtsprechung anwendbar (BGE 132 V 368 E. 2.1 S.

369). Indessen ergibt sich auch mit Blick auf BGE 141 V 281 nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers .

Er macht - zu Recht - nicht geltend, dass dem Gutachten des Z.____ aufgrund der neuen Rechtsprechung nunmehr kein Beweiswert mehr zukommen sollte (vgl.

BGE 141 V 281 E. 8). 4. 4

Zu prüfen ist zunächst der funktionelle Schweregrad.

Dabei sind die Indikatoren zum Komplex "Gesundheitsschädigung" näher zu betrachten. Bezüglich des Aspekts der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ (vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 23 ff.) ist dabei festzuhalten, dass der psychiatrische Z.____ -Gutachter das fragliche Beschwerdebild unter die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingereiht hat . Damit und mit Blick auf die Ausführungen des Gutachters ist evident, dass es an der Schwere, die auf eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung schliessen liesse, fehlt. Zudem sind das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden (Urteil 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.3 mit Hinweisen) . Diesbezüglich hielt der Z.____ - Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer aus Deutschland stamme und nach einer Lehre als Einzelhandelskaufmann vor allem als Werbefilmer gearbeitet habe. Wegen eines Stellenangebots als Executive Producer sei er in die Schweiz gekommen, wo es dann aber zu einer Erschöpfung gekommen sei mit anhaltender 100%iger Arbeitsunfähigkeit seit November 2011. Er sei enttäuscht über die Stelle und über sein berufliches Scheitern (Urk. 7/91 S. 14). Die Arbeit sei sein Leben gewesen. Er sei stets hinter seinem Job her gewesen (Urk. 7/91 S. 12). Hinzu kommt ein nervenaufreibender Kampf um seine Rechte bezüglich offener Differenzen bei Versicherungsfragen (E. 3.12, E. 3.15). Unter Ausklammerung der psychosozialen Faktoren muss lediglich von einem geringen Schweregrad der Gesundheitsschädigung ausgegangen werden. Was den Aspekt des „Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder -resistenz“ anbelangt, kann aufgrund der Ausführungen im Z.____ -Gutachten nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Versicherten durchgeführten Therapie gesprochen werden (BGE 141 V 281 E.

4.3.1.2 S. 299) bzw. davon, dass therapeutische Massnahmen keine Aussicht (mehr) auf Erfolg hätten und die Prognose insoweit schlecht sei (vgl. Urteil 9C_549/2015 vom

29. Januar 2016 E. 4.4). So empfahl der

psychiatrische Z.____ -Gutachter die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und eine Kontrolle und Einschränkung des Alkoholkonsums (Urk. 7/91 S. 16 Ziff. 4.1.9) . Als psychische Komorbiditäten kommen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur schwere und therapeutisch nicht (mehr) angehbare psychische Krankheiten in Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2; Michael E. Meier, a.a.O., S. 27). Der leichten depressiven Episode

kommt keine invalidisierende Wirkung zu (vorstehend E. 4. 2). Eine Komorbidität besteht demnach nicht.

Zum Komplex „Persönlichkeit“ ergibt sich Folgendes:

Der Beschwerdeführer hat eine Lehre als Einzelhandelskaufmann absolviert, die er mit der Durchschnitts note 1 in der Lehrabschluss-Prüfung abgeschlossen hat. Er war in der Auf nahmeleitung , Produktion, Leitung und Regieassistenz als Filmproduzent auf Werbung spezialisiert und hat diesen Beruf während insgesamt 24 Jahren aus geübt (S. 11 f. Ziff. 4.1.1.2) . Dies weist auf gute intellektuelle Ressourcen hin . Aus dem psychiatrischen Gutachtensbefund geht weiter hervor , dass die Auf merksamkeit, Auffassung und das Gedächtnis bis auf leichte Konzentrations störungen bei der genauen Angabe von Lebensdaten nicht beeinträchtigt waren (Urk. 7/91 S. 13 Ziff. 4.1.7).

Was den sozialen Kontext angeht, so verfügt der Beschwerdeführer im Gutach tenszeitpunkt

über eine gute Beziehung zu seiner Freundin , mit welcher er seit fünf Jahren zusammen ist (Urk. 7/91 S. 12, S.15 Ziff. 4.1.7) . Der psychiatrische Z.____ -Gutachter führte weiter aus, es bestehe ein gewisser sozialer Rückzug, der aber nicht deutlich schwer in allen Bereichen des Lebens ausgeprägt sei (S. 14 Ziff. 4.1.4). Er habe durchaus auch Kontakte, indem ihn eine Bekannte zur Untersuchung nach Basel gefahren und er auch von einem Kollegen gesprochen habe (S. 15 Ziff. 4.1.7). Er beschäftigt sich mit Spaziergängen mit dem Hund und geht auch kleinere Sachen selber einkaufen (S. 14 Ziff. 4.1.4). Fernreisen zusammen mit der Freundin, so nach Schottland vor einem oder eineinhalb Jahren mit dem Auto und der Fähre , sind ihm auch möglich (S. 15 Ziff. 4.1.7). 4.5

In der Kategorie „Konsistenz“ ist in Bezug auf die „Einschränkung des Aktivitä tenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbe reichen“ festzuhalten, dass dem Beschwerdeführe r eine Fernreise nach Schottland möglich war, trotz subjektiv starken Beschwerden mit Schmerzen (S. 15 Ziff. 4.1.7). Auch Spaziergänge und kleinere Einkäufe sowie Mithilfe in der Küche sind ihm offenbar möglich (S. 12 Ziff. 4.1.1). Zudem arbeitet er an kleineren Musikprojekten, wo er von einem Freund unterstützt wird (S. 11 Ziff. 4.1.1.2). Aus diesen Gründen liegt eine Dis krepanz hinsichtlich der Konsistenz des Aktivitä tenniveaus in Beruf und Erwerb einerseits und im Freizeitverhalten andererseits vor. Was den „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck“ angeht, ist der Beschwerdeführer seit 2013 in ambulanter Behandlung bei Ärzten der H.____ (vorstehend E. 3.5) und befand sich einmal in der F.____ Klinik (D) und diverse Male in der H.____

in stationärer Behandlung (vorstehend E. 3. 3, E. 3. 5 , E. 3. 12, E.3.15). Er erhält eine antidepressive Medikation und der psychiatrische Z.____ -Gutachter stellte einen Medikamentenspiegel des Antide pressivums im therapeutischen Bereich fest (Urk. 7/91

S. 15 Ziff. 4.1.7). Zur Inanspruchnahme von Therapien passt, dass sich der Beschwerdeführer als roll stuhlpflichtig erlebt, und seine Wohnung behinderungsgerecht eingerichtet hat, obwohl keinerlei Lähmungen oder organisch begründete Gangstörungen vor liegen (vorstehend E. 3.1 0 , E. 3. 15).

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass ,

auch wenn ein Leidens druck des Beschwerdeführers vorhanden zu sein scheint, diese nicht als in aus geprägtem Umfang gegeben erachtet werden können. Demnach ist die gut achterliche Schlussfolgerung, die Somatisierungsstörung hätte keine Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit, mit dem spezifischen Erkenntnisziel der Indikatoren sowohl der Kategorie "funktioneller Schweregrad", als auch bezüglich der Kategorie "Konsistenz" im Einzelnen und in ihrer Gesamtheit zu verein baren. 4. 6

Schliesslich vermögen auch die vom Beschwerdeführer eingereichten Ergebnisse einer laborärztlichen Untersuchung (Urk. 13/1-3) den Beweiswert des Z.____ -Gut achtens nicht zu schmälern. Er legte nicht ausreichend dar, inwiefern diese zu einem anderen Ergebnis führen sollten. Auch aus den erst nach Verfügungser lass im Juni 2017 eingereichten ärztlichen Berichten (E. 3.17 f.) kann er nichts zu seinen Gunsten ableiten, enthalten sie doch keine Angaben zur Arbeitsfähig keit und geht daraus nicht hervor, ob sich die genannten Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Insgesamt entsprechen die Berichte nicht den recht sprechungsgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.5) . 4. 7

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten bis mittel schwer belastenden Tätigkeit und somit auch für die angestammte Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist.

Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2, Urk. 1 S. 13 f.) kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

Da die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers somit im massgebenden Zeit punkt weder im angestammten Beruf noch in vergleichbaren Verweisungstätig keiten gesundheitsbedingt eingeschränkt war, schliesst dies ohne weiteres den Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung aus (vgl. BGE 105 V 141 E.

1b; ZAK 1985 S. 224 E. 2b; vgl. auch BGE 115 V 133).

Damit erübrigen sich weitere Ausführungen zum Einkommensvergleich.

Nach dem Gesagten erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5 .

Da es 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). Vor liegend sind die Kosten auf Fr. 9 00.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer

aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 9 00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Keller

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