

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00621 vom 22. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00621

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00621 du 22 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00621 del 22 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X.____ schloss eine kaufmännische Lehre ab und arbeitete zuletzt bei der O.____ AG als Underwriter Marine (Urk. 8/14, Urk. 8/29). Nach Vorabklärungen im Rahmen der Früherfassung (Urk. 8/1-6) meldete er sich am 16. Dezember 2013 (Eingangdatum) unter Hinweis auf seit 20 bis 25 Jahre bestehende psychische Beschwerden sowie Gelenkschmerzen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/7). Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zog die IV-Stelle zunächst einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 8/14) bei und holte einen Arbeitgeberbericht (Urk. 8/29) sowie Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 8/21-22,

Urk. 8/31) ein. Mit Mitteilung vom 15. Mai 2014 zeigte die IV-Stelle dem Versicherten an, dass aufgrund seines Gesundheitszustands zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/23). Am 4. Juni 2015 fand eine psychiatrische Untersuchung beim Regionalen Ärztlichen Dienst statt (psychiatrischer RAD-Untersuchungsbericht vom 8. Juni

2015 [Urk. 8/38]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 7. Juli 2015 [Urk. 8/43], Einwand durch den behandelnden Psychiater vom 5. August 2015 [Urk. 8/44], Einwand durch den Rechtsschutzversicherer vom 8. September 2015 [Urk. 8/50]), begründete Einwände durch die Rechtsverletzung des Versicherten vom 2. Oktober 2015 [Urk. 8/53] und 6. November 2015 [Urk. 8/58]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. April 2016 einen Leistungsanspruch (Urk. 2 [= Urk. 8/61]).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

[ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungs gemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelische s Leiden mit Krankheitswert besteht, welche s die versicherte Person auch bei Auf bietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbs einkommen 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 Bundesge richts 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.2

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.3

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min des tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Auf gabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person no ch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu chungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medi zinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situa tion einleuch tet 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).

E. 1.5.2

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurtei lung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfü gung. Sie setzen die für

die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD (Regionale Ärztliche Dienste) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht

gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 27. Mai 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente der Invalidenversicherung auszurichten; eventuell sei durch das Gericht eine psychiatrische Begutachtung anzuordnen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. August 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 7). Mit Verfügung vom 12. August 2016 wurde das Gesuch um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels abgewiesen und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht (Urk. 9).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die Abklärungen hätten ergeben, dass kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege, insbesondere keine Persönlichkeitsstörung. Ausserdem sei das Vorliegen psychosozialer Faktoren invalidenversicherungsrechtlich nicht massgebend (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde dagegen vor, auf den RAD-Untersuchungsbericht dürfe nicht abgestellt werden, da es im Rahmen eines einmaligen 90-minütigen Untersuchungs nicht möglich sei, die Arbeitsfähigkeit retrospektiv ein Jahr zurück zu beurteilen. Hierzu wäre eine mehr stündige Untersuchung, verteilt auf zwei oder mehr Termine, notwendig. Es seien auch keine Fremdauskünfte eingeholt worden, was bei einer bipolaren Erkrankung notwendig wäre. Aus dem echtzeitlichen Bericht des behandelnden Psychiaters ergebe sich hingegen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit mindestens April 2014. Die Diagnosen der bipolaren Störung und der Persönlichkeitsstörung hätten seiner Ansicht nach über mehrere Jahre eindeutig validiert werden können. Dass der Beschwerdeführer eine Beziehung geführt habe, spreche nicht gegen das Vorliegen einer schweren Psychopathie. Aus dem Austrittsbericht der Y.____ ergebe sich keine Remission der bipolaren affektiven Psychose. Ausserdem sei die Beschwerdegegnerin mit ihrer Mitteilnahme vom 15. Mai 2014 noch der Ansicht gewesen, dass aufgrund des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich gewesen seien. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD-Arzt erscheine nur schon deswegen widersprüchlich (Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dem Bericht der Y.____ vom 12. März 2014 zu Händen der Beschwerdegegnerin über die stationäre Behandlung vom 24. Dezember 2013 bis 11. Februar 2014 (Urk. 8/22) kann entnommen werden, dass bei fachgerechter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung von einer Verbesserung der depressiven resp. hypomanischen Symptomatik ausgegangen werden könne. Es könne mittelfristig mit einer teilweisen oder vollständigen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess gerechnet werden (Urk. 8/22/2). Aktuell sei die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar, im weiteren Verlauf könne mit der Wiederaufnahme gerechnet werden (Urk. 8/22/3).

E. 3.2

Dem beschwerdeweise eingereichten Austrittsbericht der Y.____ vom 14. April 2014 zu Händen der Hausärztin des Beschwerdeführers (Urk. 3/4) können die Diagnosen (1) bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode (ICD-10 F31.6), (2) psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.2), (3) psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent, seit Oktober 2013 (ICD-10 F13.2), (4) kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen mit emotional-instabilen, narzisstischen, zwanghaften und negativistischen Anteilen (ICD

E. 3.3

Laut dem Bericht des nachbehandelnden Psychiaters Dr. med. A.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie vom 26. April 2014 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/21) liegen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor (Urk. 8/21/1): - bipolare affektive Störung, vermutlich Typ I, Status nach langer dauernder manischer Phase, aktuell in teilweiser Remission - gemischte Persönlichkeitsstörung

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der behandelnde Psychiater fest, der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kaufmann in der Versicherungsbranche seit dem 30. August 2013 bis auf unbestimmte Zeit 100 %

arbeitsunfähig (Urk. 8/21/2). Das Problem bei der Berufstätigkeit des Beschwerdeführers stelle seine psychotische bzw. Persönlichkeitsstörung dar, die ihm aktuell die für das Berufsleben erforderliche Anpassung verunmögliche. Der Zustand des Beschwerdeführers müsse sich auch für berufliche Massnahmen durch die Beschwerdegegnerin noch bessern (Urk. 8/21/3). Es sei eine längerfristige Behandlung der genannten Störungen erforderlich (Abklingen der akuten manischen Störung). Der therapeutische Zugang zur Persönlichkeitsstörung dürfe jedoch sehr schwierig sein (Urk.

8/21/3). Zum Befund führte Dr. A.____ aus, seit Behandlungsbeginn am 12.

Februar 2014 bestehe eine submanische Stimmungslage weiter. Der Beschwerdeführer sei jedoch gedanklich geordnet, sowohl formal wie inhaltlich, im therapeutischen Kontakt adäquat kontrolliert, zumindest während den Behandlungssitzungen. Zu Hause zeige sich beim Beschwerdeführer jedoch weiterhin eine starke Reizbarkeit, emotionale Instabilität und extreme Ungeduld. Kleinigkeiten brächten ihn aus der Fassung. Der Beschwerdeführer leide unter der aktuellen beruflichen und persönlichen Perspektivlosigkeit. Es sei für ihn schwer vorstellbar, in seinen erlernten bzw. langjährig ausgeübten Beruf zurückzukehren. Er leide zudem unter einer sehr unangenehmen Wohnsituation, die für seine psychische Verfassung äusserst ungünstig sei und seine innere Unruhe verstärke. Er streite sich mit dem Lokalbesitzer, der sich scheinbar um die Emissionsvorschriften (Lärm, Gerüche) füttere. Aktuell bestעה beim Beschwerdeführer kein Substanzmissbrauch, er halte eine vollständige Alkoholabstinenz ein (Urk. 8/21/2).

E. 3.4

Dr. A.____ führte im Bericht vom 11. August 2014 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/31) aus, der gesundheitliche Gesamtzustand und insbesondere die psychopathologische Symptomatik hätten sich seit seinem letzten Bericht praktisch nicht verändert. Der Beschwerdeführer habe nach wie vor häufige affektive Schwankungen zwischen Depressivität und Manie. Er sei unvermindert dysphorisch und reizbar vor allem im privaten Milieu. Die bisherige Behandlungsform (Gesprächstherapie mit kognitiv-behavioralen und supportiven Elementen sowie medikamentös) sei fortzuführen (Urk. 8/31/2). Gegenwärtig arbeite der Beschwerdeführer stundenweise im Geschäft seiner Ehefrau und erledige betriebliche Hilfsarbeiten; dies während zwei bis drei Stunden, anschliessend erfolge eine rasche Ermüdbarkeit und er sei vermehrt gereizt (Urk. 8/31/3).

E. 3.5

Am 4. Juni 2015 fand ein Untersuchung beim RAD statt. Med. pract. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Untersuchungsbericht vom 8. Juni 2015 (Urk. 8/38) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/38/5): - bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F 31.7)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind dem Bericht die Diagnosen (1) akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1), (2) Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2) sowie (3) Sedativaabusus zu entnehmen (Urk. 8/38/5).

RAD-Arzt B.____ führte in seiner versicherungspsychiatrischen Beurteilung sodann aus, der Beschwerdeführer beschreibe sich selber als eine Persönlichkeit, der eine gewisse

Reizbarkeit immer schon „nichts Unbekanntes“ gewesen sei, und dieser Charakterzug habe in den letzten drei Jahren allmählich zugenommen. Trotzdem habe der Beschwerdeführer eine Ausbildung absolviert und jahrelang an verschiedenen Arbeitsstellen arbeiten können, bis ihm im Vorfeld der bipolaren Entgleisung gekündigt worden sei. Darüber hinaus sei er fähig gewesen, eine Partnerschaft einzugehen und jahrelang zu leben. Angesichts dieses Funktionsniveaus könne man nicht von einer Persönlichkeitsstörung sprechen, sondern nur von einer Persönlichkeitsakzentuierung. Entgegen der Diagnostik der Y.____ sei es in einer manischen Phase nicht möglich, eine Persönlichkeitsstörung sicher zu diagnostizieren. Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung sei anamnestisch und durch die Beobachtungen der Y.____ gesichert. Einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem 30. August 2013 könne zugestimmt werden. Erfreulicherweise sei es zu einer baldigen Besserung gekommen. Die Y.____ gebe nur noch „leichte“ Beeinträchtigungen an. Auch dem Bericht von Dr. A.____ vom 11. August 2014 sei zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei affektiv kontrolliert, und im Bericht vom 26. April 2014 sei er ebenfalls als „gedanklich geordnet, sowohl formal wie inhaltlich“ bezeichnet worden. Ob die häuslichen Unbeherrschtheiten noch als „submanisch“ eingeschätzt werden oder als IV-fremde Einflüsse einer unbefriedigenden Ehe- und Wohnsituation zu bezeichnen seien, könne im Nachhinein nicht genau differenziert werden. Sicher sei jedoch laut Angaben von Dr. A.____, dass der Beschwerdeführer sich spätestens ab dem 26.

April 2014 beherrschen können. Somit liege spätestens ab dem 26.

April 2014 kein psychopathologischer Befund mehr vor, der eine Arbeitsunfähigkeit begründen könnte. Es wirke glaubhaft, dass der Beschwerdeführer keine grosse Freude mehr an seiner bisherigen Versicherungsarbeit habe und durch die Ehe- und Wohnsituation belastet sei. Diese Faktoren seien invalidenversicherungsrechtlich jedoch nicht relevant (Urk. 8/38/6).

Vom 30. August 2013 bis am 26. April 2014 sei er in seiner bisherigen Tätigkeit als Underwriter Marine als zu 100 % arbeitsunfähig zu erachten. Danach liege für diese sowie eine angepasste Tätigkeit ohne Wechselschichten oder Nacharbeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 8/38/7).

E. 3.6

Der behandelnde Psychiater Dr. A.____ hielt im beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 22. Oktober 2015 zu Händen der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers (Urk. 3/3) fest, die Diagnosen (1) bipolare Störung und (2) Persönlichkeitsstörung hätten in der Verlaufsbeobachtung über mehrere Jahre eindeutig validiert werden können. Eine gewisse Erschwerung der diagnostischen Beurteilung zu einem bestimmten Zeitpunkt bestehe in der teilweisen symptomatischen Überschneidung dieser beiden Diagnosen und der exakten Zuordnung einzelner Symptome zu je einer dieser Diagnosen. Die Behauptung, dass jahrelange Berufstätigkeit und/oder Partnerschaft gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprächen, werde durch die Alltagspraxis in der Psychiatrie vollumfänglich widerlegt (Urk. 3/3 S. 1). Dr. A.____ fügte an, die von ihm geschilderte psychische Verfassung des Beschwerdeführers während den Therapiesitzungen könne in keiner Weise dazu dienen, das Vorliegen einer vollen Arbeitsfähigkeit zu begründen. Auch schwer kranke Menschen seien oft durchaus in der Lage, über lange Zeiträume in der ruhigen und weitgehend stressfreien Atmosphäre eines psychotherapeutischen Sprechzimmers höflich, ruhig und geordnet aufzutreten. Im Gegensatz dazu stehe die

stress-geladene Atmosphäre im Alltagsleben mit den mannigfachen zwischenmenschlichen Spannungen in der Ehe, im öffentlichen Raum und vor allem unmittelbar am Wohnort, wo sich die Psychopathologie des Beschwerdeführers zeige. Es bestehe für eine Berufsausübung auf dem normalen Stellenmarkt nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit. Eine exakte Beurteilung sei nicht möglich, da das Leistungsspektrum des Beschwerdeführers sehr unterschiedlich sei und auch stark von der äusseren bzw. sozialen Umgebung im Arbeitsleben abhängen, welche in der Sprechstunde nicht simuliert werden könne. Eine sofortige Beschäftigung in der freien Wirtschaft stehe ausser jeder Diskussion (Urk. 3/3 S. 2).

E. 3.7

Der für den RAD tätige med. pract. B.____ hielt mit Stellungnahme vom 2. März 2016 (Urk. 8/60/2-3) fest, der Beschwerdeführer sei in der Y.____ auf der Akutstation wegen einer gemischten bipolaren Störung behandelt worden. In dieser Akutphase würden sich die Symptome von Persönlichkeitsmerkmalen und bipolarer Störung überschneiden. Daher könnten die Beobachtungen in dieser Akutphase nicht zur sicheren Diagnose einer Persönlichkeitsstörung führen. Die vom ICD geforderte schwere Beeinträchtigung liege angesichts der jahrelangen Berufstätigkeit und Partnerschaft nicht vor. Daher handle es sich nicht um eine Persönlichkeitsstörung, sondern es fänden sich akzentuierte Persönlichkeitszüge. Entscheidend für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bleibe der objektiv erhobene Befund. Psychosoziale Belastungen wie Spannungen in der Ehe, laute Mitbewohner und andauernde Lärmemissionen der Gastwirtschaft seien IV-fremd. Mit Blick auf die erwähnten ehelichen Spannungen werde verständlich, dass seine Ehefrau „zunehmend häufige Eskalationen“ angebe. Aus objektiver Sicht, so im Bericht der Y.____ vom 12.

März 2014, hätten nur noch leichte Beeinträchtigungen in Konzentration, Anpassung und Belastbarkeit und keine Einschränkungen in der Auffassung bestanden. Auch der Befund in der RAD-Untersuchung vom 4. Juni 2015 sei unauffällig geblieben. Bei der RAD-Untersuchung habe der Beschwerdeführer eine Abneigung gegen eine weitere Tätigkeit in der Versicherungsbranche angegeben. Diese Abneigung rechtfertige keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/60/3). 4. 4.1

Die Einschätzung des RAD-Arzt B.____, welcher als Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie offensichtlich über die erforderlichen persönlichen und fachlichen Qualifikationen verfügt, beruht auf einer persönlichen psychiatrischen Untersuchung vom 4. April 2015 und entspricht den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ärztliche Berichte. 4.2

Unter Hinweis darauf, dass der behandelnde Psychiater ihn im Vergleich zum RAD-Arzt B.____ viel besser kenne, brachte der Beschwerdeführer gegen den RAD-Untersuchungsbericht vor, die psychiatrische Untersuchung habe nur 90 Minuten gedauert und es seien auch keine Fremdauskünfte bei Dr. A.____ oder bei Familienangehörigen

eingeholt worden, was insbesondere bei einer bipolaren Störung notwendig sei. Der RAD-Untersuchungsbericht entspreche nicht den Anforderungen an ein Gutachten, er sei oberflächlich, es werde nicht auf die Vorgeschichte und den Krankheitsverlauf eingegangen und auch die Diskussion der Diagnosen sei nicht adäquat (Urk. 1 S. 4).

Hierzu ist festzuhalten, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung der Dauer einer psychiatrischen Exploration keinen bedeutenden Stellenwert zumisst, solange die Expertise den praxisgemässen Kriterien entspricht (Urteile des Bundesgerichts 8C_448/2009 vom 27. Juli 2009, E. 2.2 und 8C_485/2010 vom 21. September 2010, E. 2.4.3). Insofern ist unerheblich, ob die psychiatrische Untersuchung 90 Minuten oder länger gedauert hat.

Unbehelflich ist weiter der pauschale Einwand des Beschwerdeführers, RAD Arzt B.____ habe den behandelnden Psychiater Dr. A.____ nicht konsultiert beziehungsweise keine Rücksprache mit ihm genommen, um den Ausschluss seiner Diagnose zu verifizieren. Hier ist festzuhalten, dass die Berichte von Dr. A.____ und diejenigen des Y.____ bei den Akten liegen (vgl. E. 3.1-4) und im RAD-Bericht berücksichtigt wurden. 4.3

Hinsichtlich der geschilderten objektiven Befunde stehen die Feststellungen von RAD-Arzt B.____ denjenigen des behandelnden Psychiaters Dr. A.____ nicht entgegen. Während Dr. A.____ jedoch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung postuliert, diagnostizierte RAD-Arzt B.____ lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge. Dr. A.____ begründet seine Diagnostik damit, diese hätte in der Verlaufsbeobachtung über mehrere Jahre eindeutig validiert werden können und jahrelange Berufstätigkeit und/oder Partnerschaft würden gemäss der Alltagspraxis in der Psychiatrie nicht gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sprechen (Urk. 3/3).

Das Vorliegen einer kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörung F61 (hier gemäss Dr. A.____ mit emotionalen instabilen, narzisstischen, zwanghaften und negativistischen Anteilen) ist nach den klinisch-diagnostischen Leitlinien der ICD-10 (Kapitel V [F]) häufig schwerer zu diagnostizieren, als die spezifischen Persönlichkeitsstörungen gemäss F60 (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 284). Vorliegend erscheint eine solche Diagnose zumindest zweifelhaft, wenn - wie in den Leitlinien ausgeführt - deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen vorliegen müssen, das auffällige Verhaltensmuster andauernd und gleichförmig und nicht auf Episoden psychischer Krankheit begrenzt ist und das auffällige Verhaltensmuster tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend ist (Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 276f.). Diesbezüglich hat med. pract. B.____ schlüssig darlegt, dass angesichts des beruflichen und persönlichen Werdeganges des Beschwerdeführers sowie des aktuellen klinischen Eindrucks das auffällige Verhaltensmuster weder einer Persönlichkeitsstörung entsprechend tiefgreifend ist noch sich in mehreren Funktionsbereichen auswirkt bzw. ausgewirkt hat noch wesentlich mit persönlichen und sozialen Beeinträchtigungen einher geht (Urk. 8/60/2f). Dem setzte Dr. A.____ nichts entgegen. Insbesondere imponieren häufige Eskalationen ehelicher Auseinandersetzungen und Stress- und Frustrations in toleranz in reizstarker Umgebung (vgl. Urk. 3/4 S. 2) noch nicht als wesentliche soziale Beeinträchtigung. Zu vermerken ist auch, dass die Ärzte des Y.____ im Bericht vom 14. April 2014 (Urk. 3/4) in Bezug auf ihre diagnostische Abklärung ausführten, es hätten sich - nebst der bipolaren Erkrankung vom Typ II - mithilfe des SKID-II auch narzisstische, emotional-instabile, zwanghafte sowie negativistische Anteile gezeigt (vgl. E. 3.2). Eine eigentliche Begründung dafür, dass diese Anteile in qualitativer bzw. quantitativer Hinsicht das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichen würden, fehlt. Insoweit besteht keine gesicherte Aussage darüber, dass eine solche Störung nach ICD-10 F61 anlässlich des stationären Aufenthaltes eindeutig diagnostiziert werden konnte. 4.4

Gewichtiger, als die „richtige“ Diagnose ist jedoch, dass der Nachweis der Invalidität praxismässig eine gesundheitlich bedingte erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung voraussetzt. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen (BGE 139 V 547 E. 9.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_813/2016 vom 10. März 2017 E. 4). Auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung weist, wie die meisten Diagnosen, keine direkte Korrelation zu einer Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1). Umso mehr, wenn wie vorliegend der Beschwerdeführer trotz der vermutlich seit dem Jugendalter vorliegenden Persönlichkeitsstörung (vgl. Urk. 10/21/1) jahrelang beim selben Arbeitgeber (vgl. Urk. 10/14) erfolgreich (Urk. 10/6/27-32) einer Erwerbstätigkeit nachgehen, einen Freundeskreis und Beziehungen pflegen konnte (Urk. 3/4 S. 5). Die von Dr. A.____ postulierten (Urk. 10/21/1) frühen Lernschwierigkeiten sind jedenfalls angesichts der erfolgreichen Abschlüsse und Weiterbildungen nicht ausgewiesen (vgl. auch Urk. 3/4). Es ist nicht nachvollziehbar, dass diese Störung nunmehr nach Abklingen der zur vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt habenden Symptomatik der bipolaren Störung eine wesentliche und anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken sollte. Dies umso mehr, als der behandelnde Psychiater von Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit der unbefriedigenden Ehe- und Wohnsituation bzw. Stress- und Frustrationsintoleranz in reizstarker Umgebung berichtet. Auch die behandelnden Ärzte der Y.____ massen der depressiven respektive hypomanischen Symptomatik den wesentlichen Anteil an der Arbeitsunfähigkeit zu (vgl. Urk. 10/22/3) - wie sich auch aus der Kaskade der Diagnosenliste (Urk. 10/22/1) ergibt - und rechneten mit einer Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit (Urk. 10/22/2-3). 4.5

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ergibt sich aus dem Bericht der Y.____, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Austritts (11. Februar 2014) noch nicht für arbeitsfähig erachtet wurde bei guter Prognose im weiteren Verlauf (Urk. 10/22/3). Als leicht eingeschränkt wurden das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit genannt (Urk. 10/22/5). Mit Bericht vom 26. April 2014, basierend auf der letzten Konsultation drei Tage vorher, berichtete Dr. A.____ davon, dass die submanische Stimmungslage weiterbestehe, wobei er anlässlich der Behandlungssitzungen keine Symptome nennen konnte, sondern auf die starke Reizbarkeit, emotionale Instabilität und extreme Ungeduld im häuslichen Kontext sowie die persönliche und berufliche Perspektivlosigkeit hinweist (Urk. 10/21/2). Problem bei der Berufstätigkeit sei seine psychotische bzw. Persönlichkeitsstörung, die ihm aktuell die für das Berufsleben erforderliche Anpassung verunmögliche (Urk. 10/21/3). Auch am 11. August 2014 berichtete Dr. A.____ von affektiver Kontrolle und dass der Beschwerdeführer fähig sei, sich distanziert zu seiner Psychopathologie zu äussern, er sei aber innerlich dauernd gespannt und könne sich schlecht konzentrieren, sei lärmempfindlich und könne in Konfliktsituationen nicht adäquat reagieren (Urk. 10/31/2). Damit bringt Dr. A.____ jedoch nicht eigene, objektive Symptome vor, sondern gibt die Ausführungen des Beschwerdeführers wieder. In Bezug auf den psychopathologischen Befund widerspricht er den anlässlich der Untersuchung im RAD erhobenen objektiven Befunden nicht (Urk. 10/38/4). Auch dort berichtete der Beschwerdeführer von inadäquatem Verhalten in bestimmten Situationen (in der Schlange stehen vor Kasse oder Post, Kampf um Sitzplatz auf dem Schiff oder bei Ärger zu Hause; Urk. 10/38/2). Seitens der Leistungseinschränkung ist jedoch auf den erhobenen Befund abzustellen, woraus sich auch aus den Erhebungen des behandelnden Psychiaters keine invalidenversicherungsrechtliche massgebliche Einschränkung mehr ergibt, seit die objektive Befundlage die bipolare affektive Störung als

remittiert ausweist. Soweit med. pract. B. ___ den Zeitpunkt auf den Bericht von Dr. A. ___ vom 26. April 2014 festlegt, erscheint dies nachvollziehbar. In diesem Bericht stellte Dr. A. ___ lediglich noch eine submanische Stimmungslage (ohne nähere Angaben) bei gedanklich geordneter und für mal wie inhaltlich adäquat kontrollierter Stimmungslage fest (Urk. 10/21/2). Hierzu ist auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer offensichtlich die Lithiumbehandlung im Zeitpunkt der Untersuchung durch den RAD-Arzt abgesetzt hatte (vgl. Urk. 10/39/3). Ferner steht dieser Annahme auch die Mitteilung vom 15. Mai 2014 (Urk. 8/23) betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht im Weg: Zum einen lagen zu jenem Zeitpunkt im Wesentlichen erst die Angaben des behandelnden Psychiaters vor (Urk. 8/21) sowie die mit der Anmeldung eingereichten Akten (Urk. 8/6) und das Protokoll des Gesprächs im Rahmen der Früherfassung (Urk. 8/4). Zum anderen setzt der Anspruch auf berufliche Massnahmen nebst der objektiven Eingliederungsfähigkeit auch weitere Voraussetzungen voraus und vermag die Begründung den nachfolgenden Rentenentscheid nicht zu präjudizieren. 4.6

In psychiatrischer Hinsicht kann demnach dem nachvollziehbaren und widerspruchsfreien RAD-Untersuchungsbericht vom 8. Juni 2015 (Urk. 8/38) ohne weiteres gefolgt werden. Demzufolge ist der Beschwerdeführer seit dem 26. April 2014 in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig zu erachten (E. 3.5). 5.

Damit ist die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Rentenanspruch verneint wurde, nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - 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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Hausammann

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl.

Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

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).

E. 10

F61) entnommen werden (Urk. 3/4 S. 1).

Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei vom 24. Dezember 2013 bis am 11. Februar 2014 in der Klinik Z.____ de r

Y.____ hospitalisiert gewesen (Urk. 3/4 S. 1). Im Verlauf der Behandlung sei aufgefallen, dass sich die depressiven Symptome rasch verbessert hätten und der Beschwerdeführer auf Station ein hypomanisches Verhalten gezeigt habe. Zudem sei er logorhoisch gewesen mit gereizter, teils euphorischer Stimmung sowie gesteigertem Antrieb und Aktivität. Es sei eine diagnostische Abklärung mithilfe des SKID-1 erfolgt, in dem eine bipolare Erkrankung vom Typ II diagnostiziert worden sei. Ausserdem sei auf Wunsch der ambulanten Behandlerin auch ein SKID-II durchgeführt worden, in dem sich gezeigt habe, dass der Beschwerdeführer auch narzisstische, emotional-instabile, zwanghafte sowie negativistische Anteile aufweise, die auch im Stationsalltag und in den Spezialtherapien beobachtet worden seien (Urk. 3/4 S. 2). Zum Zustand des Beschwerdeführers beim Austritt wurde angefügt, er sei wach, bewussteinklar und zu allen Qualitäten orientiert. Gemäss eigenen Angaben seien die Konzentration und Aufmerksamkeit eingeschränkt. Dies sei im Gespräch jedoch unauffällig. Der formale Gedankengang sei geordnet. Es liege kein Hinweis auf Wahn vor. Sinnestäuschungen würden verneint. Sodann liege keine Ich-Störung vor. Im Affekt sei er wenig spürbar. Er habe keine Antriebs- oder psychomotorischen Störungen. Der Beschwerdeführer könne sich klar und glaubhaft von Suizidalität distanzieren. Es bestehe auch kein Anhalt für akute Fremdgefährdung.

Vom 24. Dezember 2013 bis am 11. Februar 2014 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden

(Urk. 3/4 S. 3) .

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