

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00744 vom 18. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00744

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00744 du 18 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00744 del 18 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

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

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

201

E. 1.3

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbeachtet darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise)

Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281

E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invaliden versicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 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 ausgeschlossen 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 nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 1.4

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. 1.5

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich

zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzu gehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 24. Juni 2016 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 25. Mai 2016 sei ihm einstweilen bis auf weiteres eine Rente mit einem nicht abschliessend festgesetzten IV-Grad von 50 % zuzusprechen; gleichzeitig sei die Sache zu neuer Entscheidung an die Verwaltung zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Beigabe eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes in der Person von Rechtsanwalt Michael Ausfeld, Zürich. Die IV-Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 1. September 2016 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde. Am 25. Juli 2017 reichte der Beschwerdeführer unaufgefordert einen Bericht des D.____ vom 20. Juli 2017 (Urk. 13 und Urk. 14) ein. Hierzu äusserte sich die Beschwerdegegnerin am 22. August 2017 (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsabweisung damit (Urk. 2), dass abgestellt auf die polydisziplinäre Abklärung bei der E.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt worden sei. Eine depressive Episode stelle definitionsgemäss keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar, da es sich um ein vorübergehendes Leiden handle. Die Diagnose begründe zwar aus medizinischer Sicht eine vorübergehende Erkrankung, aus Rechtsanwender-Sicht handle es sich jedoch nicht um eine langdauernde, schwere Erkrankung mit erheblicher und dauerhafter Einschränkung der bisherigen Tätigkeit, die einem rechtserheblichen Gesundheitsschaden entspreche, welcher IV-Leistungen auszulösen vermöge. Sodann stelle die einmal alle vier Wochen stattfindende Behandlung keine konsequente Depressionsbehandlung dar.

E. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, auf das Gutachten der E.____ vom 13. April 2015 könne nicht abgestellt werden. Es fehle eine Auseinandersetzung mit den von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung im Juni 2015 neu eingeführten Kriterien und Indikatoren (Urk. 1 S. 2 f.). Die Einschätzung, mit einer zumutbaren Willensanstrengung sei die Auswirkung des Leidens überwindbar, treffe nicht zu. Massgebend sei der

Abklärungsbericht vom 13. September 2013, wobei die Belastung während 23 Arbeitstagen getestet und danach der Schluss gezogen worden sei, die physische Belastungsfähigkeit sei massiv eingeschränkt. Er, der Beschwerdeführer, leide täglich unter starken Kopfschmerzen und diese würden bei Aufgaben mit Zahlen schneller zunehmen als beispielsweise beim Abschreiben eines Textes. Wegen Schlaflosigkeit leide er zudem oft unter Müdigkeit. Trotz Motivation und gegebenem Willen habe der Eingliederungsversuch abgebrochen werden müssen und es sei festgestellt worden, dass eine berufliche Verwertbarkeit nicht gegeben sei.

Das Gutachten der E. ___ setze sich auch nicht mit den Abklärungen der psychiatrischen Klinik A. ___ auseinander, wobei dort die Leistungsfähigkeit noch mit 20 % taxiert worden sei. Zudem hätten die Gutachter selbst einen Vorbehalt angebracht, in dem ausgeführt worden sei, bei Ausbleiben einer vollen Arbeitsfähigkeit trotz der empfohlenen leitliniengerechten psychiatrischen Therapie (antidepressive Behandlung) wäre eine nochmalige gutachterliche Untersuchung sinnvoll. Diese Frage hätte die Beschwerdegegnerin im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens thematisieren sollen; nachdem dies nicht geschehen sei, sei der Abklärungsgrundsatz verletzt worden (S. 5 f.). Ferner habe eine Umfrage im Bekanntenkreis des Beschwerdeführers ergeben, dass sich die geklagten Beschwerden auch im privaten Bereich bemerkbar gemacht hätten, indem klare Defizite erkannt worden seien (S. 6). Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. ___ habe in seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vom 17. Juni 2016 festgehalten, dass eine Arbeitsfähigkeit mit 50 % zu hoch angesetzt sei. Zusätzlich habe der Facharzt auch den Suizid des Vaters erwähnt, wobei damals wie heute ausgeführt worden sei, der Beschwerdeführer lasse sich auf diese Problematik nicht ein. Dies wäre im Rahmen einer umfassenden Begutachtung ebenfalls zu würdigen gewesen, was aber im Gutachten nicht geschehen sei (S. 7).

3.

In dem mit der Erstanmeldung vom 15. Juli 2010 (Urk. 8/4) angehobenen Verfahren hatte die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 25. Januar 2012 mit der Begründung abgewiesen, dass der Beschwerdeführer seit Dezember 2009 in seiner bisherigen Tätigkeit als Ingenieur Agronom zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit Januar 2011 100 % arbeitsfähig und seit September 2011 gehe er wieder einer vollen Erwerbstätigkeit nach (Urk. 8/33). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Strittig und zu prüfen ist daher, ob sich seither die gesundheitlichen Verhältnisse derart verschlechtert haben, dass nunmehr ein Rentenanspruch resultiert. 4.

Nach der Neuanmeldung vom 3. September 2012 (Urk. 8/47), mit welcher neben den Spannungskopfschmerzen eine frontotemporale Demenz (Ziff. 6.2) aufgeführt wurde, ist den medizinischen Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen: 4.1

In einer neuropsychologischen Verlaufsuntersuchung berichteten die Ärzte des Kopfwehzentrums O. ___ am 7. Juni 2012 (Urk. 8/40), der Beschwerdeführer gebe an, dass sich seine Situation seit der letzten neuropsychologischen Untersuchung vom 10. Februar 2011 verändert habe. Er habe viel mehr Mühe mit dem Rechnen, könne sich gelegentlich sprachlich nicht mehr gut ausdrücken und seine Aufnahmefähigkeit habe sich seit drei bis vier Monaten verschlechtert. Seit September 2011 arbeite er als Verkaufsleiter mit häufigem Einsatz im Tessin. Bei der Arbeit brauche er viel mehr Zeit und es komme auch

zu Fehlern. Weiter spreche er viel schlechter Fremdsprachen als früher.

Die Ärzte hielten fest (S. 3), seit der letzten neuropsychologischen Untersuchung seien zwei Lumbalpunktionen ohne pathologischen Befund durchgeführt worden. Die Verlaufskontrolle der Magnetresonanz-Spektroskopie vom 23. März 2012 habe ergeben, dass weiterhin eine deutliche asymmetrische Atrophie des gesamten Frontallappens und des Gyrus frontalis inferior im Vergleich zur Altersnorm bestehe, wobei die jährliche Atrophierate des Frontallappens mit 8.2 % rechts und 4.9 % links deutlich das altersübliche Mass überschreite. Ebenfalls sei eine Zunahme der Atrophie des Parietallappens um 4 % pro Jahr, des Okzipitalappens um 0.1% pro Jahr und des Temporallappens um 1 % pro Jahr sowie des Hippocampus links von 1.9 % pro Jahr beschrieben worden. Die radiologischen Daten wiesen auf die Diagnose einer frontotemporalen Demenz, behavioural Type, hin. Aus rein neuropsychologischer Sicht lasse sich die Diagnose einer frontotemporalen Demenz nicht eindeutig unterstreichen, zumal der Beschwerdeführer verhaltensmässig durchwegs adäquat erscheine, und nur Hinweise auf isoliert verminderte Frontallappenfunktionen (lexikalische Ideenproduktion) zu finden seien. 4.2

Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, an welchen der Beschwerdeführer vom Kopfwehzentrum O.____ zur Zweitbeurteilung überwiesen worden war (vgl. Urk. 8/56/5 f.), stellte im Bericht vom 17. September 2012 (Urk. 8/56/7-10) die Diagnose einer affektiven und neurokognitiven Störung unklarer Ätiologie sowie einer chronischen Cephalgie. Der Beschwerdeführer beklage seit ca. zehn Jahren bestehende Kopfschmerzen, die sich vor drei Jahren verstärkt und zu zunehmendem Arbeitsausfall und zum Jobverlust im Jahr 2009 geführt hätten. Anfänglich habe eine wechselnde Lokalisation der Cephalgie bestanden und jetzt bestünden „überall Kopfschmerzen“. Die Situation habe sich nach einer Sinusitis-Operation im Jahr 2010 vorübergehend verbessert. Seit ca. Anfang 2012 bemerke er Vergesslichkeit, indem er bei Alltagsaufgaben plötzlich nicht mehr wisse, was er gewollt habe und er vergesse Ereignisse der letzten Tage, während das Altgedächtnis weniger betroffen sei.

Psychopathologisch zeige sich ein freundlicher, kontaktbereiter und offen berichtender Patient mit leicht erschwelter Konzentration im Gespräch, nicht reduziert, ohne Konfabulationen, nicht verlangsamt, etwas umständlich, leicht gradig sprunghaft, manchmal plötzliches Innehalten beim Erzählen, und mit gering reduziertem Antrieb. Die Stimmung erscheine leicht gedrückt. Der Leidensdruck bestehe durch die als deutlich reduziert empfundenen kognitiven Fähigkeiten. Es bestünden keine circadianen Schwankungen, Affektlabilität, Suizidalität, Misstrauen, Wahn oder Sinnestäuschungen, jedoch ein deutliches Insuffizienzerleben und ein reduziertes Vitalgefühl. Er sei aber schwingungsfähig mit zeitweiligem Lächeln.

Im Verlauf zeige sich eine progrediente Störung der kognitiven Fähigkeiten. Primär betroffen sei das Lernen, die Gedächtnisleistung und die verbale Ideenproduktion und Wortfindung. Psychopathologisch bestehe mit Insuffizienzerleben, gedrückter Stimmung, reduzierten Vitalgefühlen ein depressives Syndrom. Obgleich die gedankliche Einengung auf die kognitiven Einschränkungen und Reduktion der Ideenproduktion für eine depressive Ursache sprechen könnte, erscheine das Ausmass der kognitiven Symptome hierdurch nicht ausreichend erklärt. Der Aspekt der Bildgebung und die beginnenden aphasischen Störungen könnten für eine progrediente Aphasie sprechen, weniger aber der Beginn mit Merkfähigkeitsstörungen. In der Untersuchung seien Schwierigkeiten der tonischen Innervation der Zunge aufgefallen und weiterhin beschreibe der Beschwerdeführer, dass er

manuell ungeschickter geworden sei. Vor diesem Hintergrund sei eine Vorstellung im Universitätsspital B.____ zur molekulargenetischen Untersuchung zu diskutieren. 4.3

Am 12. Oktober 2012 (Urk. 8/56/11-14) berichteten Prof. Dr. med. H.____, Leiter Poliklinik und pract. med. I.____, Assistenzarzt an der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ (S. 4), differentialdiagnostisch stehe aufgrund der Anamnese, der klinischen Präsentation und den bildgebenden Verlaufsbefunden eine frontotemporale Demenz im Vordergrund. Gegen eine Demenz vom Alzheimer-Typ spreche der zweimalig negative Liquorbefund für beta-Amyloid und Tau, „relativ“ dafür jedoch die eher für eine parietale Degeneration sprechende deutliche Rechen-schwäche des vormaligen Verkaufsleiters. Zudem sei eine Demenz als Frühsymptom bei Lewy-Körperchen-Erkrankung oder im Rahmen einer sonstigen beginnenden degenerativen Erkrankung der Basalganglien denkbar, wogegen jedoch das Fehlen typischer motorischer oder autonomer Symptome sowie die regelrechte Darstellung der Basalganglien im cMRI spreche. Bildgebend zeige sich ferner kein Hinweis auf eine Atrophie der Nn

caudati, wie man sie bei einer Huntington-Erkrankung erwarten würde. Denkbar sei eine beginnende dementielle Entwicklung im Rahmen eines paraneoplastischen Syndroms, oder auch eine führende psychiatrische oder medikamentöse Ätiologie, da aufgrund einer langjährigen Kopfschmerzsymptomatik zuletzt anticholinerg wirksame Substanzen (Fluoxetin, Trittico) eingenommen und aktuell das ebenfalls gelegentlich zu Gedächtnisstörungen führende Topiramate eingenommen worden seien. Gegen eine alleinige medikamentöse oder psychiatrische Ätiologie spreche jedoch stark der MRI-Befund und relativ dazu die Progredienz der Symptomatik. Therapeutisch sei eine Umstellung der Kopfschmerz-Basismedikation zu empfehlen und hernach eine neuerliche neuropsychologische Testung zur Verlaufskontrolle und eine Reevaluation der Fahrtauglichkeit im Rahmen einer Kontrolle in vier bis fünf Wochen. 4.4

Im Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ vom 27. November 2012 über die neuropsychologische Untersuchung vom gleichen Tag berichteten die Ärzte (Urk. 8/66/15), im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung vom Juni 2012 seien eine markante Verbesserung des verbal-episodischen Gedächtnisses (aktuell unauffällig) und eine leichte Verbesserung des figural-episodischen Gedächtnisses, aktuell im Altersvergleich grenzwertig bis leicht reduziert zu verzeichnen. Tendenziell besser seien auch die phonematisch-lexikalische und die semantisch-lexikalische Flüssigkeit, dabei sei erstere weiterhin leicht vermindert. Unverändert leicht reduziert sei die verbale Arbeitsgedächtniskapazität. Da in den verkehrsrelevanten Funktionen weitgehend unauffällige Befunde vorliegen würden, sei aus neuropsychologischer Sicht die Fahreignung gegeben. Die Ätiologie der formal feststellbaren kognitiven Minderleistungen müsse aus neuropsychologischer Sicht weiterhin offen bleiben. Eine dementielle Entwicklung könne nicht ausgeschlossen werden, scheine aber auf dem Hintergrund einer fehlenden Progredienz der Defizite, der markanten Verbesserung der Gedächtnisleistungen innerhalb von vier Monaten sowie unter Berücksichtigung der blauen Liquor- und PET-Befunde eher unwahrscheinlich. 4.5

Im Formularbericht zu Händen der Invalidenversicherung vom 9. April 2013 (Urk. 8/66/1-7) hielten die Ärzte der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ fest, seit der neuropsychologischen Untersuchung im November 2012 fänden sich im mnestischen Bereich grenzwertige bis leicht reduzierte figural-episodische Gedächtnisleistungen (Erinnern und Wiedererkennen) sowie leichte Defizite in der verbalen

Erfassungsspanne und im verbalen Arbeitsgedächtnis. Das verbal-epi so dische Gedächtnis hingegen sei intakt. Im exekutiven Bereich seien alle Teilfunktionen quantitativ — bis auf eine leicht reduzierte phonematischlexikalische Flüssigkeit — im Normbereich; qualitativ falle jedoch eine leicht erhöhte Repe titionstendenz auf. Die Aufmerksamkeitsfunktionen seien formal geprüft norm gerecht und lediglich in der geteilten Aufmerksamkeit bestehe eine leicht erhöhte Anzahl an Auslassungsfehlern. Klinisch seien zudem intermittierend auftretende Konzentrationseinbrüche sowie verlängerte Suchlatenzen nach Zielinformationen eruierbar . Die Spontansprache sei mitunter stockend und es seien Wortfindungsschwierigkeiten sowie eine leichte Benennstörung festzuhalten. Die sprachassoziierten Funktionen seien bis auf eine Rechenschwäche intakt und es bestehe zwar keine eigentliche Dyskalkulie, jedoch benötige der Be schwer deführer zuweilen sehr lange Zeit, um eine Kopfrechenaufgabe zu lösen. Affektiv wirke er sichtlich besorgt und resigniert; zusammen mit den anam nestischen Angaben sowie den deutlich erhöhten Werten in einem Selbst beur teilungsfragebogen zur affektiven Befindlichkeit ergäben sich somit Hinweise für eine depressive Stimmungslage. Es bestünden eingeschränkte kognitive Leis tungen und eine depressive Stimmung. Höhere Denkaufgaben seien mit Ein schrän kungen verlangsamt möglich. Die Arbeitsfähigkeit sei als zu 70 % mög lich ein zuschätzen (Urk. 8/66/4 Ziff. 1.7). 4.6

Am 27. Juli 2013 stellte Dr. med. Wolf, Oberärztin J.____ Kantonsspital, Zentrum für Neurologie und Neuroradiologie, im Zusammenhang mit der beruf lichen Abklärung im Z.____ (Urk. 8/83/11) die folgenden Diagnosen: 1. Links und frontal betonte Atrophie (MRI) unklarer Ätiologie - keine fokalneurologischen Defizite, EEG, PET, LP, diverse Laboruntersuchungen unauffällig - anamnestisch mentale Leistungseinbussen, deutlich gravierender als neuropsychologisch (November 2012, Verbesserungen gegenüber Juni 2012) erfassbar 2.

Depressive Symptomatik, deutliche Hinweise für eine Anpassungsstörung 3.

Chronische (Spannungs-) Kopfschmerzen hoher Intensität Die Ärztin hielt einen freundlich-angenehmen Kontakt mit dem Beschwerde führer fest, wobei er sich vital, weder depressiv noch kognitiv oder sprachlich beeinträchtigt präsentiert habe. Phasenweise habe er humorvoll und ohne Ermüdungssymptome und nicht schmerzzermartert (bei einer Kopfschmerzan gabe von 9-10) gewirkt. Die erste Woche im Z.____ habe gezeigt, dass der Zeit punkt für berufliche Massnahmen in Anbetracht der nach wie vor medizinisch unklaren Situation mit einer erheblichen Kopfschmerzproblematik ungünstig sei . Als nächste Massnahme sei eine Abklärung und Behandlung in einer inter dis ziplinären Schmerzklinik zu empfehlen, wobei eine umfassende psychia tri sche Beurteilung wichtig sei. 4.7

Im undatierten Formularbericht zu Händen der Invalidenversicherung über die stationäre Behandlung vom 21. Oktober bis 6. Dezember 2013 führten die Ärzte der Clenia A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähig keit auf (Urk. 8/87/2 Ziff. 1.2): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit synthymen psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.31) - Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben (ICD-10 Z56) - Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - Sonstige Kontaktanlässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Um stände (ICD-10 Z64.8) - Spannungskopfschmerz, chronisch (IHS-Code 2.2) anamnestisch seit 20 Jahren (ICD-10 G44.2) - Status nach Rhinosinusitis , aktenanamnestisch 2010 operativ behandelt Die diagnostizierte depressive Symptomatik sei

via Interviewverfahren und Eigenanamnese des Beschwerdeführers erfolgt und die Dauer sowie die Ausprägung der Symptomatik hätten dabei für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit synthymen psychotischen Symptomen gesprochen (Ziff. 1.5). Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und falls sich eine Besserung der chronischen Spannungskopfschmerz-Symptomatik zeigen sollte, könne mit einer Steigerung gerechnet werden. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 31. Dezember 2013 attestiert (Ziff. 1.7). 4.8

4.8.1

Anlässlich einer weiteren neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ vom 14. November 2013 (Urk. 8/93/1-4) wurde ausgeführt, vom klinischen Eindruck her sei der Beschwerdeführer in der Grundstimmung bedrückt und frustriert, etwas hoffnungslos und resigniert, aber im Affekt modulierbar. Im standardisierten Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der affektiven Befindlichkeit (Allg. Depressionsskala) ergebe sich ein erhöhter Gesamtscore (35/60 Punkten), welcher auf eine depressive Stimmungslage hinweise (S. 2). Im Vergleich mit der letzten neuropsychologischen Untersuchung vom 27. November 2012 zeigten sich konstante Leistungen in den Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen sowie in der visuellen Wahrnehmung, der Visuokonstruktion und den Sprach- und Handlungsfunktionen. Vereinzelt seien leichte Verbesserungen feststellbar (zum Beispiel verbal-phonematische Ideenproduktion oder weniger Auslassungen in attentionalen Aufgaben). Im Bereich des episodischen Gedächtnisses zeige sich eine Verschlechterung sämtlicher Leistungen, die die verbale sowie die figurale Modalität betreffen. Insofern könne die anamnestisch angegebene, im Alltag festgestellte Verschlechterung der Gedächtnisleistungen testdiagnostisch objektiviert werden. Trotz festgestellter Progredienz (ausschliesslich) der mnestischen Defizite sei das Vorliegen einer dementiellen Entwicklung für unwahrscheinlich zu halten und die chronische Kopfschmerzsymptomatik, die deutlich erhöhte Müdigkeit sowie die affektiven/psychischen Auffälligkeiten als die vordergründigen ätiologischen Faktoren zu vermuten. Diesbezüglich sei unbedingt die Fortsetzung der psychotherapeutischen Behandlung und Optimierung der schmerzdistanzierenden Medikation zu empfehlen (S. 3). 4.8.2

Im Formularbericht zu Händen der Invalidenversicherung vom 28. April 2014 (Urk. 8/92/1-4) führten die Ärzte der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals B.____ aus (Ziff. 1.4), ergänzend zum Bericht im Januar und im November 2013 bestehe eine konstante Aufmerksamkeits- / Exekutivfunktionelle / visuelle Wahrnehmung, eine leichte Besserung bestehe zum Beispiel in der verbal-phonematischen Ideenproduktion und in attentionalen Aufgaben und eine Progredienz der Symptomatik nur in Bezug auf die mnestischen Defizite. Eine dementielle Entwicklung sei unwahrscheinlich und die Symptomatik eher affektiv. Die Prognose bei unklarer Ätiologie sei nicht einschätzbar und abhängig vom Verlauf der Depression. Es bestehe eine eingeschränkte höhergradige kognitive Leistung bei Depression. Höhere Denkaufgaben seien jedoch verlangsamt möglich. Die bisherige Tätigkeit sei im Umfang von ca. 70 % zumutbar (Ziff. 1.7). 4.9

Im polydisziplinären Gutachten der E.____ vom 13. April 2015 (Urk. 8/107/1-36), welches in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie und Psychotherapie durch Dr. med. K.____, Allgemeine Innere Medizin FMH; Dr. med. L.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH; Dr. Mag. rer. nat. M.____ und Prof. Dr. med. N.____, Neurologie FMH Neuropsychologie, erstellt wurde, diagnostizierten die

Experten als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1, S. 34). 4.9.1

Aufgrund der internistischen Untersuchung wurde festgehalten (S. 9), der Beschwerdeführer sei gepflegt und pünktlich zur Begutachtung erschienen. Er sei durchgehend wach, attent, orientiert, kognitiv unauffällig und sei im Verlauf nicht ermüdet. Es habe kein Schonsitz, kein schmerzbeeinträchtigter klinischer Eindruck bestanden und der Allgemeinzustand des Beschwerdeführers sei als gut zu bezeichnen und der Ernährungszustand als adipös. Das Gangbild sei unauffällig, An- und Auskleiden sowie das Bewegen im Untersuchungsraum gelinge flüssig und ohne Anstrengungszeichen. An Kopf- und Hals bestehe ein unauffälliger Untersuchungsbefund. Im Bereich des Rückens und der Wirbelsäule bestünden keine gröberen Fehlhaltungen. Die Muskulatur sei ausreichend gut ausgebildet, alle peripheren Gelenke frei beweglich und die Bewegungstests gelängen schmerzfrei. Es bestehe keine Kurzatmigkeit und die verbale Kommunikation sei auch während der Belastung jederzeit möglich gewesen. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe auf internistischem Gebiet damit nicht. 4.9.2

Aus neurologischer Sicht hielt der Experte fest (S. 11), der Beschwerdeführer beschreibe chronische holozepale Kopfschmerzen von dumpfem Charakter, die auf einer fiktiven Skala von 0 bis 10 ein Maximum von 10 erreichen könnten und zum Untersuchungszeitpunkt bei einem Wert von 8 lägen. Die Kopfschmerzsymptomatik nehme bei körperlicher Belastung zu, ohne migräneartige Begleitphänomene. Er erhalte das Medikament Topiramat und nehme am Abend eine Tablette Remeron damit er besser, jedoch nicht ausreichend, schlafen könne. Einen Kopfschmerzkalender führe er nicht. Insgesamt habe er den Eindruck, dass aufgrund der Kopfschmerzsymptomatik seine kognitiven Fähigkeiten generell abgenommen hätten. Er habe aber einen PKW-Führerschein und besitze ein Fahrzeug mit Automatikgetriebe und könne dieses sicher führen.

Der Beschwerdeführer betrete den Untersuchungsraum rasch mit einem flüssigen Gangbild. An- und Auskleiden gelinge zügig und geschickt. Der Kopf werde spontan frei in alle Richtungen gewandt. Während der gesamten Untersuchung wirke er — grob diskrepant zu seinen anamnestischen Angaben zur aktuellen Schmerzstärke — nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt. Er sei zu Zeit, Ort, Person und Situation scharf orientiert. Die Merkfähigkeit sei intakt, und er sei in der Lage, mühelos seine biographischen Daten und Ereignisse aus der Vergangenheit, welche anhand der Akten überprüft werden konnten, korrekt wiederzugeben. Er folge dem Gespräch konzentriert und aufmerksam, sei durch äussere Reize nicht ablenkbar und es bestünden keine Hinweise für eine Störung der verbalen oder bildlichen Auffassung. Der Gedankengang sei formal geordnet und kohärent und inhaltliche Denkstörungen lägen nicht vor. Auch ergäben sich keine Hinweise für eine Störung von Sprache (Aphasie), Rechnen (Dys-/Acalculie), Schreiben (Dys-/Agraphie), Handlungsplanung und -ausführung (Apraxie), oder Störungen im räumlichen Vorstellungsvermögen und/oder Orientierung. Auf neurologischem Gebiet ergebe sich somit kein Anhalt für eine eigenständige Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15). 4.9.3

Der psychiatrische Experte führte aus (S. 16), der Beschwerdeführer stehe bei Dr. F. ___ in psychiatrischer Behandlung, wobei sich keine regelmässige Konsultationsfrequenz erkennen lasse. Bezüglich der Kopfschmerzen werde Topiramat und bezüglich der Depression Remeron eingenommen, wobei der Beschwerdeführer die Dosierung nicht benennen könne. Aus der erfragten psychiatrischen Vorgeschichte könne kein

phasenhafter Verlauf der Beschwerden mit abgrenzbaren Phasen von Manie/Hypomanie oder depressiver Verstimmung herausgearbeitet werden (S. 17).

Zum psychiatrischen Befund wurde festgehalten (S. 19 f.), für qualitative oder quantitative Bewusstseinsstörungen bestünden keine Anhaltspunkte, und der Beschwerdeführer sei zu den Qualitäten Ort, Zeit, Person und Situation voll orientiert. Lebensdaten würden sicher rekonstruiert und es bestehe keine Zeitgitterstörung. Das Lang- und Kurzzeitgedächtnis sei intakt und im 3-Begriffe-Test seien 3 von 3 Begriffen erinnert worden. Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig und der Subtraktionstest werde sicher durchgeführt. Das formale Denken sei geordnet, auf das Wesentliche beschränkt und in angemessener Geschwindigkeit. Es bestehe keine Grübelneigung, Ängste oder Befürchtungen und phobisches Verhalten oder Panikattacken seien verneint worden. Es sei auch kein Vermeidungsverhalten zu eruieren und Zwangsgedanken, -impulse oder -handlungen bestünden nicht. Es ergäben sich auch keine Hinweise für inhaltliche Denkstörungen oder für akustische, optische, gustatorische, olfaktorische, taktile oder coenästhetische Halluzinationen und es seien auch keine Ich-Störungen zu eruieren. Die Stimmung wirke zum depressiven Pol verschoben, die affektive Auslenkbarkeit zum positiven Pol sei erschwert, und die effektive Schwingungsfähigkeit leichtgradig eingeschränkt. Es ergebe sich kein Hinweis für Schuldgefühle, jedoch ein deutliches Insuffizienzerleben. Der Antrieb wirke leichtgradig gehemmt und

die Mimik und Gestik seien zurückgenommen. Der Beschwerdeführer schildere das Auftreten von lebensmüden Gedanken, von akuter Suizidalität sei er aber deutlich und glaubhaft distanziert.

Weiter legte der Experte dar (S. 21), anamnestisch handle es sich um das erstmalige Auftreten einer depressiven Episode, eine rezidivierende depressive Störung sei somit nicht wahrscheinlich. Auch könne das Vorliegen einer bipolaren Störung bei fehlenden manischen oder hypomanischen Episoden als nicht wahrscheinlich erachtet werden. Aufgrund der nachvollziehbaren affektiven und vegetativen Instabilität sei eine zu 50 Prozent aufgehobene Arbeitsfähigkeit in der letzten und jeder anderen Tätigkeit als ausreichend begründet anzusehen. Auch seien Nacht- und Schichtarbeit derzeit vorerst nicht leidensgerecht.

Die derzeitige antidepressive Therapie sei optimierungswürdig; nachdem das Antidepressivum seit einem Jahr ohne Etablierung einer deutlichen Remissionstendenz verordnet worden sei, sei bei ausbleibender Besserung gegebenenfalls eine medikamentöse Umstellung anzuraten. Es sollte auch die psychotherapeutische Behandlung bezüglich Bedarf und Wirksamkeit überprüft werden. Empfohlen sei ein strukturiertes, kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder interpersonell fundiertes Vorgehen, wobei auf die Leitlinien zur Depressionsbehandlung verwiesen sei. Nach Etablierung einer leitliniengerechten antidepressiven Behandlung sei mit dem Wiedererlangen einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in circa drei Monaten, spätestens also per Mitte Juli 2015 zu rechnen. Bei einer ausbleibenden vollen Arbeitsfähigkeit sei eine nochmalige gutachterliche Untersuchung sinnvoll (S. 22). 4.9.4

Aus neuropsychologischer Sicht hielt der zuständige Teilgutachter fest (S. 24), der Beschwerdeführer sei pünktlich, altersentsprechend gekleidet, wach und ausgeruht wirkend, in gutem Allgemeinzustand zur Untersuchung erschienen. Im Erstkontakt habe er sich zwar freundlich und kontaktbereit gezeigt, jedoch unmissverständlich klar gemacht, dass er keine

Lust mehr auf „diese ständigen Untersuchungen“ habe, da sowieso nichts dabei rauskomme und er seine Geschichte schon so oft erzählt habe.

Aufgrund verschiedener Testresultate hielt der Gutachter fest (S. 29 f.), der Beschwerdeführer trage eine chronische Schmerzsymptomatik mit assoziierten kognitiven Beeinträchtigungen vor. Die Alltagsselbständigkeit sei dabei uneingeschränkt gegeben. Im klinischen Befund seien keine Störungen von Mnestic und Auffassung deutlich geworden und es habe sich im Wesentlichen ein Verdacht auf einen depressiven Affekt ergeben. Die in den Tests erhobenen Auffälligkeiten mit teils erheblicher Ausprägung korrelierten nicht mit dem klinischen Eindruck und der anamnestisch erhobenen Alltagsselbständigkeit und seien zumindest anteilig wesentlich eher im Kontext des depressiven Syndroms und auch einer bewusstseinsnahen limitierten Motivation zu verstehen. Eine zugrundeliegende eigenständige zerebrale Erkrankung im Sinne eines demenziellen Syndroms scheidet angesichts der über mehrere Jahre konstanten Vorbefunde weitgehend aus und es ergäben sich auch keine Anhaltspunkte für eine zerebrale Läsion, die die formalen testpsychologischen Auffälligkeiten im Sinne eines fixierten Defektsyndroms einordnen liessen. Somit seien die Befunde am ehesten im Kontext des depressiven Syndroms oder eines bewusstseinsnahen Störartefakts einzuordnen und somit ohne eigenständigen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insbesondere sei vor einer suffizienten antidepressiven Behandlung keine eigenständige hirnorganisch bedingte kognitive Störung attestierbar .

4.9.5

Aus gesamtmedizinischer Sicht erachteten die Experten (S. 30 f.) die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren oder auch anderen Tätigkeit aufgrund eines chronifizierten depressiven Syndroms auf 50 % herabgesunken. Unter einer derzeit nicht erfolgenden leitliniengerechten Therapie sei per Mitte Juli 2015 eine wiedererlangte volle Arbeitsfähigkeit (100 %, Pensum und Rendement 100 %) zu erwarten. Gegebenenfalls sei eine nochmalige psychiatrische Begutachtung sinnvoll. Auf somatischem Gebiet ergäben sich keine eigenständigen Gesundheitsstörungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine von einem Effekt des depressiven Syndroms abgrenzbare, hirnorganisch bedingte kognitive Störung sei vor einer suffizienten antidepressiven Behandlung nicht attestierbar , sodass hier allenfalls nach Etablierung der psychiatrisch empfohlenen Behandlungsoptimierung nochmals (bei persistierenden kognitiven Beschwerden) eine Testung erfolgen könne und sinnvoll sei.

4.10

Im Bericht der Psychiatrie D.____ vom 21. Juli 2015 berichtete der zuständige Oberarzt Dr. med. F.____ (Urk. 8/112), der Beschwerdeführer stehe seit dem 13. August 2014 bei ihnen in Behandlung. Er nehme regelmässig alle vier Wochen an einer 50 Minuten dauernden Sitzung teil. Dabei ginge es vor allem um eine integriert-psychiatrische Behandlung mit supportiv -psychotherapeutischen Anteilen sowie psychoedukativen Elementen. Es sei hervorzuheben, dass es im Leben des Beschwerdeführers als Junger Mann einen Suizid des Vaters (höchstwahrscheinlich durch Schuss in den Kopf) gegeben habe, und dies der Beschwerdeführer in keiner Weise zur Diskussion und Reflektion stellen könne. Multiple Versuche, mit ihm über diese Thematik ins Gespräch zu kommen, seien auffällig stark abgewehrt worden. Es werde momentan davon ausgegangen, dass ein psychotherapeutisches Aufarbeiten und weiteres diagnostisches Abklären der bestehenden Beschwerden nicht möglich sei. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt der Arzt eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) fest (Ziff. 1.1), und führte zur Arbeitsfähigkeit aus (Ziff. 1.6), der Beschwerdeführer sei vom 13. August 2014

bis 19. November 2014 100 % arbeits unfähig gewesen. Aktuell bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, welche jedoch phasenweise stark schwanke und aufgrund der deutlich geringen tatsächlichen Arbeitsauslastung im Alltag aus psychiatrischer Sicht bei kontinuierlicher Beschäftigung höchstwahrscheinlich (deutlich) herabgesetzt wäre.

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. 5.1

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seit Jahren unter chronischen Spannungskopfschmerzen leidet, die ihn erstmals im Juli 2010 veranlassten, sich zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin anzu melden, wobei diese einen Anspruch verneinte (Sachverhalt Ziff. 1.1). Da die Kopfschmerzen persistierten und die weiteren Abklärungen den Verdacht auf eine frontotemporale Demenz ergaben, erfolgten nach Neuanschuldung vom 3. September 2012 zahlreiche medizinische, insbesondere neurologische und neuropsychologische Abklärungen. Hierbei wiesen die radiologischen Daten auf die Diagnose einer frontotemporalen Demenz vom behavioural Typ hin. Die Diagnose konnte jedoch aufgrund fehlender Verhaltensauffälligkeiten aus neuropsychologischer Sicht nicht bestätigt werden (E. 4.1).

Es erfolgten weitere Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht, wobei auf ein Insuffizienzerleben, eine gedrückte Stimmung, ein reduziertes Vitalgefühl und ein depressives Syndrom hingewiesen wurde, was jedoch die kognitiven Symptome nicht ausreichend erklären konnte (E. 4.2). Die zusätzlichen (molekular genetischen) Untersuchungen mit Liquorbefund ergaben, nachdem die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung eine markante Verbesserung der Gedächtnisleistungen zeigten, dass aufgrund der fehlenden Progredienz eine dementielle Entwicklung unwahrscheinlich ist (E. 4.3 und E. 4.4). Zudem ergab eine medizinische Untersuchung im Juli 2013 anlässlich der beruflichen Abklärung im Z. ____, dass der Beschwerdeführer weder depressiv noch kognitiv oder sprachlich beeinträchtigt ist, sich phasenweise gar als humorvoll und ohne Ermüdungssymptome präsentierte (E. 4.6).

Eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, diagnostizierten erstmals die Ärzte der Clinica A. ____ anlässlich der stationären Behandlung vom 21. Oktober bis 6. Dezember 2013 (E. 4.7). Weitere neuropsychologische Verlaufsuntersuchungen zeigten eine Progredienz ausschliesslich der mnestischen Defizite, wobei das Vorliegen einer Demenz weiterhin als unwahrscheinlich erachtet und die Kopfschmerzsymptomatik, die erhöhte Müdigkeit sowie die affektiven/psychischen Auffälligkeiten als die im Vordergrund stehenden Faktoren vermutet wurden (E. 4.8.1).

E. 5.2

Mit der medizinischen Aktenlage geht damit einher, dass, nachdem auch die Abklärungen anlässlich der polydisziplinären Begutachtung in der E.____ die (Spannungs-)Kopfschmerzen keiner organischen Genese zugeordnet werden konnten, aus somatischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen ist (vgl. E. 4.9.1 und E. 4.9.2).

Aus psychiatrischer Sicht konnten die Gutachter aufgrund der erhobenen Untersuchungsbefunde als einzige Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode festhalten (E. 4.9), was mit Blick auf den dokumentierten psychiatrischen Verlauf nachvollziehbar erscheint. So wies etwa Dr. G.____ im September 2012 auf einen reduzierten Antrieb, eine gedrückte Stimmungslage und ein reduziertes Vitalgefühl hin (Urk. 8/56/7-10). Auch in den späteren neuropsychologischen Untersuchungen im Universitätsspital B.____ wurde lediglich eine depressive Stimmungslage (Urk. 8/66/1-7) beschrieben und im Zusammenhang mit den beruflichen Abklärungen im Z.____ im Juli 2013 zeigte sich der Beschwerdeführer gar vital und weder depressiv noch kognitiv oder sprachlich beeinträchtigt (Urk. 8/83/11).

Eine schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung wurde demgegenüber einzig in der Berichterstattung der Clenia A.____ anlässlich des Aufenthaltes von Ende Oktober bis Anfang Dezember 2013 aufgeführt (Urk. 8/87/2 Ziff. 1.2). Dabei wurde dargelegt, dass die Symptomatik via Interviewverfahren und Eigenanamnese des Beschwerdeführers erfolgt sei. Dass die Ärzte ihre Diagnose in Kenntnis der Vorakten auf der Grundlage objektiver Befunde stellten, erschliesst sich daraus nicht. Die nicht näher begründete Diagnose kontrastiert sodann augenfällig mit dem gezeigten Beschwerdebild in der neuropsychologischen Untersuchung vom 14. November 2013, wonach wiederum lediglich eine bedrückte Grundstimmung festgehalten und darauf hingewiesen wurde, der Beschwerdeführer sei frustriert, etwas hoffnungslos und resigniert, im Affekt jedoch modulierbar (Urk. 8/93/1-4). Auch wurde im Bericht der Clenia A.____ nach dem Austritt am 6. Dezember 2013 lediglich noch eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. Dezember 2013 attestiert woraus zu schliessen ist, dass selbst die Klinikärzte nicht von einem schwerwiegenden Beschwerdebild ausgingen, welches sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. Dafür spricht auch, dass selbst die späteren Behandler des D.____ im Bericht vom 21. Juli 2015 das Beschwerdebild „lediglich“ der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode zuordneten (Urk. 8/112).

E. 5.3

Damit fügen sich die im Gutachten der E.____ erhobenen Untersuchungsbefunde und die darauf gestellten Diagnosen nachvollziehbar in die medizinische Aktenlage ein. Das Gutachten erfüllt auch sonst sämtliche Kriterien, die an die Beweiswertigkeit von Gutachten gestellt werden (E. 1.6). Es besteht kein Anlass um hiervon abzuweichen. In medizinischer Hinsicht nichts abzugewinnen ist den eingereichten Email-Schreiben aus dem Bekanntenkreis des Beschwerdeführers (Urk. 3.1 und Urk. 3.2). Diese

bestätigen zwar auf Anfrage des Beschwerdeführers dessen Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und eine depressive Entwicklung, was jedoch wie die subjektiven Eigenangaben des Beschwerdeführers aufgrund der objektiven medizinischen Untersuchungsbefunde nicht in jeder Hinsicht bestätigt werden kann. Den Beweiswert des Gutachtens schmälert auch nicht, dass bestimmte Sachverhalte in der Anamneseerhebung

aufgrund der Eigenangaben des Beschwerdeführers anders aufgenommen wurden, wie zum Beispiel der Suizid des Vaters (vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 7). Es ist auch nicht einsehbar, wie das fragliche Ereignis im Jahr 1991 (siehe dazu auch Urk. 8/87/3)

im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers stehen soll, nach dem dieses den Beschwerdeführer jahrelang nicht daran hinderte, sich auszubilden und einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Angesichts der klaren Aktenlage sind von weiteren Beweissmassnahmen (etwa der Einholung eines Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 90 E. 4b).

Zusammenfassend ergibt sich damit, dass nach der Neuanmeldung vom 12. September 2012 aus somatischer Sicht keine neuen gesundheitlichen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hinzugekommen sind. Aus psychiatrischer Sicht weisen die aktuellen Untersuchungsbefunde auf ein depressives Beschwerdebild im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F.32.1) hin.

E. 5.4.1

Eine invalidisierende Wirkung einer leichten respektive mittelschweren depressiven Störung ist zwar nicht schlechthin auszuschliessen. Deren Annahme bedingt jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen und 9C_369/2014 vom 19. November 2014). Es sind daher die Umstände des konkreten Falls zu berücksichtigen (vgl. E. 1.3 hiervor).

E. 5.4.2

Die medizinische Aktenlage weist nach dem hiervor Gesagten keine mittelgradige depressive Störung, sondern eine mittelgradige depressive Episode aus. Ist jedoch bereits definitionsgemäss nicht auf ein langandauerndes Leiden mit Krankheitswert zu schliessen, so liegt nur ein behandelbares vorübergehendes Leiden vor. Auch kann nicht von einer Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gesprochen werden. So ergibt sich aufgrund der Akten, dass lediglich eine einmalige stationäre Behandlung vom 26. Oktober bis 6. Dezember 2013 stattgefunden hat. Es ist auch festzustellen, dass die seit August 2014 bei Dr. F.____ durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung lediglich einmal alle vier bis sechs Wochen statt findet (vgl. Urk. 14/2), was nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen lässt. Dementsprechend wird auch keine suffiziente medikamentöse Behandlung der Depression — es wird aufgrund der Schlafstörungen lediglich niedrigdosiert Quetiapin 25mg zur Nacht verabreicht — durchgeführt. Es kann daher weder von einer konsequenten Depressionstherapie gesprochen noch gesagt werden, das Leiden könne therapeutisch nicht (mehr) angegangen werden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_418/2010 vom 20. August 2011 E. 5.3.4), weshalb sich rechtsprechungsgemäss mit der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode kein invalidisierender Gesundheitsschaden begründen lässt. Keinen rechts erheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermögen sodann die im Bericht der Clinica A.____ aufgeführten Z-Diagnosen (ICD-10 Z73, vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015, 8C_663/2010 vom 15. November 2010 E. 5.2.4).

E. 5.5

Nichts anderes ergibt eine Prüfung der einschlägigen Indikatoren (zur Publikation bestimmte Urteile des Bundesgerichts 8C_841/2016, 8C_130/2017 vom 30. November 2017; BGE 141 V 281 E. 4.3.1). In Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Komplex Gesundheitsschädigung als nicht ausgeprägt. So reduzieren sich die diagnoserelevanten Befunde auf die bekannten demenziellen Klagen, welche sich indes nicht katalogisieren lassen, und eine hirnanorganische Störung konnte ausgeschlossen werden. Somit verbleibt es bei der Diagnose aus dem depressiven Formenkreis. Weitere Komorbiditäten bestehen nicht. Von einem Behandlungs- und Eingliederungserfolg kann nicht gesprochen werden, was angesichts der fehlenden konsequenten Therapie allerdings auch nicht erstaunt. Bezüglich Persönlichkeit und sozialem Kontext ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer getrennt von seiner Frau lebt, Vater einer Tochter ist, dies bei guten familiären Kontakten (Urk. 8/107/9, 12 und 23). Er lebt in einem Haus, wobei er Grundstück und Garten versorgt. Der Freundeskreis hat sich reduziert, er pflegt aber immer noch Kontakt zu zwei bis drei engen Freunden (Urk. 8/107/19). Damit zeigt sich eine ungebrochene Fähigkeit, verlässliche soziale Beziehungen zu pflegen, was auf erhaltene Ressourcen schliessen lässt. Im Rahmen der Konsistenzprüfung ist sodann festzuhalten, dass sich Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen zeigen, so treibt der Beschwerdeführer keinen Sport mehr wegen den Kopfschmerzen. Ansonsten aber kann er sein Haus samt Garten versorgen, unterhält intakte Beziehungen zu seinem Kind und der Mutter, pflegt nach wie vor einen (zwar kleineren) Freundeskreis und fährt Auto (Urk. 8/107/19). Der Leidensdruck des Beschwerdeführers ist zwar sichtbar, hat aber nicht zu konsequenter Therapiebegleitung geführt. Damit sind zusammenfassend verschiedene praxismässige Kriterien gegeben, aber nicht in ausgeprägter Weise, weshalb dem Leiden (noch) keine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz zukommt.

E. 5.6

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass aus somatischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt und der psychischen Symptomatik keine invalidisierende Auswirkung zuzumessen ist.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach im Ergebnis als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 6

Zu prüfen bleibt der Anspruch auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Urk. 1 S. 2 und S. 8, Urk. 9, Urk. 10 und die Beilagen in Urk. 11/1-18).

E. 6.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei auf ihr Gesuch hin eine unentgeltliche Rechtsvertretung bestellt, wenn sie nicht in der Lage ist, den Prozess selber zu führen, ihr die nötigen Mittel fehlen und der Prozess nicht als aussichtslos erscheint.

Mittellosigkeit im Sinne des prozessualen Armenrechts setzt voraus, dass die Gesuchstellende Person sämtliche eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses erschöpft hat. Zu berücksichtigen ist unter anderem auch, ob die um das Armenrecht nachsuchende Partei über eigenes Vermögen verfügt.

Der Beschwerdeführer ist nach seinen eigenen Angaben Alleineigentümer eines Einfamilienhauses (vgl. Urk. 9 S. 2). Auf die Frage nach dem Verkehrswert der Liegenschaft im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit gab er einen Wert von Fr. 754'000.-- an (Urk. 10 S. 5), der jedoch offensichtlich nicht den Verkehrs-, sondern einen (tieferen) Steuerwert gemäss einer kantonalen Einstufung zur Ermittlung des Eigenmietwerts aus dem Jahr 2009 (vgl. Urk. 11/4) darstellt. Dies ist auch der entsprechenden Deklaration in der Steuererklärung 2015 (Urk. 11/1 S. 7 Ziff. 31) zu entnehmen. Die im Schuldenverzeichnis aufgeführte Hypothek beläuft sich sodann auf Fr. 705'000.-- (Urk. 11/1 S. 11). Die Darstellung des Beschwerdeführers, er könne nicht zum Verkauf der Liegenschaft verpflichtet werden (Urk. 9 S. 3), verkennt, dass nach dem hievorigen eigenen Hilfsmittel zur Finanzierung des Prozesses grundsätzlich vorab auszuschöpfen sind, bevor ein Anspruch überhaupt in Betracht fällt. Sodann erfolgt die Gewährung eines Anspruchs stets unter dem Vorbehalt einer Nachzahlungspflicht (vgl. § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer)

im Falle der Erholung der finanziellen Leistungsfähigkeit. Eine Unzumutbarkeit des Verkaufs der Liegenschaft ist damit nicht begründet und gänzlich unbelegt blieb auch die Behauptung, eine Mehrbelastung der Liegenschaft sei nicht möglich. Allein der Hinweis „aufgrund der einschlägigen Vorschriften der FINMA“ sei kein weiterer Kredit zu bekommen (Urk. 9 S. 4), vermag eine Unmöglichkeit einer Aufstockung der (Bank)Hypothek nicht zu belegen.

Rechtsprechungsgemäss darf von einem Grundeigentümer die Erhöhung der Hypothek verlangt werden (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 4D_41/2009 vom 14. Mai 2009 E. 3 und 8C_516/2014). Obwohl der Rechtsvertreter diese Frage aufgeworfen hat (Urk. 9 S. 3 und S. 4), wurde das Einreichen entsprechender Belege unterlassen.

E. 6.2

Den Beschwerdeführer trifft im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechtspflege eine umfassende Mitwirkungsobliegenheit (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 4A_264/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 3.2 und 4A_403/2013 vom 11. Oktober 2013 E. 3.2.2). An die klare und gründliche Darstellung der finanziellen Situation durch die gesuchstellende Person dürfen umso höhere Anforderungen gestellt werden, je komplexer die Verhältnisse sind (BGE 120 Ia 179 E. 3a). Das Gericht hat weder den Sachverhalt von sich aus nach jeder Richtung hin abzuklären, noch unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen zu

überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 4A_114/2013 vom 20. Juni 2013 E. 4.3.1).

Der durch seinen Rechtsvertreter fachkundig vertretene Beschwerdeführer wurde im Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten habe und dass namentlich (auch) die Vermögenspositionen – beispielsweise mit Verkehrswertschätzungen - zu belegen seien (Urk. 10 S. 6). Dennoch hat er ohne weitere Substantiierungsbemühungen davon abgesehen, den Verkehrswert der Liegenschaft entsprechend der gestellten Frage darzutun oder die Unmöglichkeit der Aufstockung der Hypothek auf der Liegenschaft nachzuweisen.

Er ist daher seiner Mitwirkungsobliegenheit bezüglich der Darstellung und Belegung seiner Vermögenssituation unzureichend nachgekommen. In Anbetracht dieser prozessualen Nachlässigkeit ist ihm keine Nachfrist zur Einreichung weiterer Unterlagen zu gewähren.

Im Übrigen gab der Beschwerdeführer auch den Wert seines Fahrzeuges lediglich noch mit Fr. 1'000.-- an (vgl. Urk. 10 Ziff. 10), während an anderer Stelle in der Steuererklärung der Vermögenswert des Fahrzeugs — welcher dem aktuellen Verkehrswert entspricht (vgl. Wegleitung) — mit Fr. 25'000.-- beziffert wurde (Urk. 11/1 S. 6 Ziff. 30.4). Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer neben dem Grundeigentum auch anderweitig über Vermögen verfügt und damit in der Lage ist, die nur einmal anfallenden Kosten der Rechtsvertretung und des Gerichtsverfahrens selber zu begleichen.

Die Bedürftigkeit ist demnach nicht belegt, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung abzuweisen ist.

E. 7

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang dem Beschwerdeführer aufzulegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung wird abgewiesen, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diese Entscheidung 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
GräubNef

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