

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01174 vom 9. November 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01174

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01174 du 9 novembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01174 del 9 novembre 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

Der Versicherte meldete sich am 15. November 2013 (Eingangsdatum) – unter Hinweis auf eine seit 10. Juni 2013 fehlende körperliche und geistig-psychische Belastbarkeit durch eine Überlastung am Arbeitsplatz – bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Die IV-Stelle

zog einen Auszug aus dem individuellen Konto von X.____ (Urk.

E. 1.2.1

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 Krankheitwert 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 2015

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. 1.2.2

Gemäss der am 3. Juni 2015 geänderten Praxis sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leistungsdruck

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

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 betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (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. Aufgabe 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 arbeitsunfähig 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 noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, die Begutachtung habe ergeben, dass beim Beschwerdeführer weder aus somatischer noch psychiatrischer Sicht ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege. Orthopädisch seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Die leichte depressive Episode sei definitionsgemäss eine vorübergehende, behandelbare Krankheit. Im Jahr 2013 seien psychische Probleme aufgetreten, welche durch einen Arbeitsplatzkonflikt ausgelöst worden seien und seither fortbeständen. Es würden aber genügend Ressourcen vorgebracht, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stützten. Es sei dem Beschwerdeführer zumutbar, eine Erwerbstätigkeit voll auszuüben (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, die allfällige Therapibarkeit einer depressiven Episode sei vorliegend als irrelevant zu betrachten (Urk. 1 S. 9). Die nach gutachterlicher Würdigung schwerwiegende psychische Störung mit versicherungsmedizinischer Relevanz sei verselbständigt und jedenfalls nicht durch den Arbeitsplatzkonflikt entstanden, sondern nur durch diesen später hinzugekommenen Konflikt aufrechterhalten worden, so dass die bereits vor dem Arbeitsplatzkonflikt vorhandene ausgeprägte psychische Störung bereits so eng mit der Gesundheitsschädigung und ihren funktionellen Auswirkungen verbunden gewesen sei, dass sich diese sozialen Umstände mittelbar invaliditätsbegründend ausgewirkt hätten. Die gutachterlich festgestellte psychische Krankheit finde ihre hinreichende Erklärung gerade nicht erst in den psychosozialen Umständen bzw. gehe eben nicht in ihnen auf. Diese Umstände hätten im vorliegenden Fall somit zur Folge, dass bei ihm von einem seit dem Unfall bestehenden, invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen sei, der bis zur gutachterlich prognostizierten Besserung per Ende 2015 fortgedauert habe und ihn im gutachterlich

beurteilten Umfang von 50 % in seiner Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt habe. Nachdem er auch tatsächlich seit Januar 2016 wieder in der Lage sei, eine volle Arbeitsfähigkeit zu verwerten, habe er Anspruch auf eine bis einschliesslich Dezember 2015 befristete Rente ab Ablauf der Wartefrist bzw. frühestens 6 Monate nach Anmeldung zum Bezug von Leistungen, folglich ab April (richtig: Mai) 2014 (Urk. 1 S. 11). 3. 3.1

Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. August 2013 eine post traumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine „Betroffenheit Persönlichkeitsveränderung“ (ICD-10 F60.8). Der Beschwerdeführer sei seit dem 10. Juni 2013 (Hausarzt) resp. seit dem 6. August 2013 (Dr. B.____) zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/29; vgl. auch Bericht von Dr. B.____ an den Krankentag geldversicherer, Urk. 6/10). 3.2

Im März 2014 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag des Krankentag geldversicherers von Dr. med. C.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet. Im betreffenden Gutachten vom 2. Juni 2014 (Urk. 6/22/4-20) stellte Dr. C.____ die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11). Zur Begründung dieser Diagnose führte Dr. C.____ aus, der Beschwerdeführer habe im Mai 2013 eine erhebliche psychosoziale Belastung erlitten, indem ihm seine eigene Firma seine Funktion als Geschäftsführer gekündigt habe. Es sei ein bisher ungelöster Rechtsstreit gefolgt. Inzwischen habe er zudem seinen Aktienanteil an der Firma verloren und der Zugang zu seinen ehemaligen Mitarbeitern und Lieferanten sei ihm untersagt worden, so dass er sozial isoliert worden sei. Die berufliche Zukunft sei für den Beschwerdeführer ungewiss, er leide an Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Darüber hinaus hätten bei unauffälliger Konsistenzprüfung Interesse- und Freudverlust, Antriebsmangel, Verlust des Selbstwertgefühls, wiederkehrende Suizidgedanken, vermindertes Konzentrationsvermögen und Schlaf-/Appetitstörungen festgestellt werden können. Damit seien die diagnostischen Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode erfüllt. Die depressive Episode habe sich aus einer Anpassungsstörung nach dem aus Sicht des Beschwerdeführers ungerechten und hinterrücks eingefädelt Verlust seiner Firma entwickelt. Eine posttraumatische Belastungsstörung und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung könnten nicht festgestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit und eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit. Der Beschwerdeführer werde seit etwa Juli 2013 psycho- und pharmakotherapeutisch (wöchentliche Konsultation mit stützender und psychoedukativer Verhaltenstherapie, Johanniskrautpräparat) behandelt. Aus gutachterlicher Sicht sei nach mehr als sechs Monaten Behandlung ohne wesentliche Besserung der Symptomatik ein Ausbau der antidepressiven Medikation angezeigt. Sollte nach weiteren vier bis fünf Monaten keine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik erkennbar sein, wäre eine stationäre Behandlung zu erwägen (Urk. 6/22/15-18). 3.3

Bezüglich der weiteren bis zur polydisziplinären Begutachtung in der MEDAS A.____ im Mai 2015 aufliegenden Arztberichte wird auf die „Aktenanalyse“ im betreffenden Gutachten vom 11. September 2015 (vgl. E. 3.4) verwiesen (vgl. Urk. 6/59/5-7). 3.4

Dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS A.____ vom 11. September 2015 (Urk. 6/59) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (Urk. 6/59/19): - sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) - „leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), zus. Zwangsgedanken“

Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende (Urk. 6/59/19): Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) , kleines Residuum eines Hämatoms lumbal durch Unfall vom 14. März 2012, anamnestisch intertriginöses Ekzem bei bekannter Atopie , Rhinokonjunktivitis pollinosa und allergica , inhalative und Haut-(Rötungen, Juckreiz), Manifestationen durch Tierepithelien , beginnende Acne rosacea im Gesicht, Pigmentnaevi, anamnestisch Herpes labialis .

Zur Arbeitsfähigkeit ist dem Gutachten zu entnehmen, diese betrage in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer 50 %; bei 50 % Leistung und 8,5 Stunden Präsenzzeit. In einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit ebenfalls 50 % bei 50%iger Leistung und 8,5stündiger Präsenz (Urk. 6/59/20) . In dieser sollten jedoch aus psychiatrischer Sicht besondere emotionale Belastungsfaktoren und Arbeiten unter Zeitdruck vermieden werden. Auch ansonsten gälten die im Fähigkeitsprofil beschriebenen Einschränkungen (Urk.

6/59/19). Die Arbeitsfähigkeit sei psychiatrisch bedingt. Es sei zu erwarten, dass der Beschwerdeführer ab 2016 sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sein werde. Bis auf die stationären Aufenthalte wegen des Unfalls (nicht psychiatrisch bedingt) habe auch retrospektiv eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit März 2012 bestanden, zunächst aus orthopädischen, dann aus psychiatrischen Gründen. Der Beschwerdeführer sei bis August 2013 rein orthopädisch von der D.____ zu 20 % krankgeschrieben gewesen. Anschliessend hätten keine weiteren Kontrollen dort mehr stattgefunden. Rein orthopädisch sei zu postulieren, dass der Beschwerdeführer ab September 2013 100 % arbeitsfähig gewesen sei. Aus interner, neurologischer und dermatologischer Sicht habe nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die berichteten Symptome auf der Grundlage des objektivierbaren psychischen Gesundheitsleidens hätten gegenwärtig einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, jedoch werde die weitere Therapie überwiegend wahrscheinlich helfen, die noch bestehenden subjektiven Beeinträchtigungen zu lindern und dadurch einer Chronifizierung entgegenwirken. Spätestens nach Ablauf von sechs Monaten sei aus psychiatrischer Sicht mit einer vollen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 6/59/20).

Die Gutachter hielten im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung zudem fest, aus orthopädischer Sicht bestehe ein Zustand nach Motorradunfall mit Kontusion der Lendenwirbelsäule und beider Knie vom März 2012 (Urk. 6/59/15).

Der Beschwerdeführer berichte über chronische Schmerzen über dem Steissbein, abhängig von Belastung, Position und Wetter. Auch ein Druck und die Position spiele eine Rolle. Auf einer Schmerzskala 0-10 habe der Beschwerdeführer jeweils Schmerzen von Stärke 5 und 8. Von Seiten der Kniekontusionen sei er beschwerdefrei. Die Behandlung im D.____ sei seit zwei Monaten abgeschlossen. Klinisch finde sich ein normaler orthopädischer Status bis auf eine lokale Druckdolenz im Bereiche des linken Iliosakralgelenks, wo auch eine ca. 5cm grosse kleine Schwellung bestehe. Die Lendenwirbelsäule sei normal beweglich und es fänden sich keine radikulären Zeichen. Daneben finde sich eine lokale Druckdolenz im Bereiche des medialen Gelenkspaltes links bei Status nach Synovitis des linken Knies vor vielen Jahren (Urk. 6/59/16) . Das Hämatom mit der Kapsel habe sich gegenüber der Voruntersuchung (vgl. Urk. 6/59/5-6) vollständig aufgelöst, reaktive sei nicht mehr nachweisbar. Die Diskusdegeneration L5/S1 sei stabil seit der Voruntersuchung. Das rechte Knie sei radiologisch altersentsprechend mit leichten degenerativen Veränderungen. Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien entsprechend schwer nachvollziehbar. Auf

Grund der genannten Probleme besteht folgendes Zumutbarkeitsprofil : Arbeiten in gebückter Haltung seien nicht zumutbar, wie auch Arbeiten mit Zwangspositionen des Oberkörpers und ausschliesslich sitzende Arbeit. Das Heben und Tragen von schweren Lasten über 25kg sei nicht zumutbar. Entsprechend bestehe zur angestammten Arbeit als Geschäftsführer mit überwiegend administrativer Arbeit wechselbelastend keine Inkongruenz und somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Auch in einer Verweistätigkeit im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/59/16). Versicherungsmedizinisch liege im dermato-allergologischen Bereich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der atopischen Diathese mit allergisch-inhalativen und ekzematoiden Symptomen vor. Arbeiten mit Kontakt zu inhalativen Allergenen sowie Arbeiten im feuchten, chemisch oder mechanisch irritativen Milieu sollten gemieden werden. Unter Berücksichtigung des Fähigkeitsprofils lägen keine absehbaren zukünftigen Einschränkungen vor (Urk. 6/59/16-17). Der aktuelle neurologische Untersuchungsbefund sei im Wesentlichen unauffällig gewesen. Aus rein neurologischer Sicht fänden sich keine Einschränkungen, weder für die angestammte noch für eine mögliche Verweistätigkeit. Aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ergebe sich aktuell kein als versicherungsmedizinisch relevant einzustufender Befund. Insgesamt ergebe sich zum jetzigen Zeitpunkt aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/59/17).

Zur aktuellen psychiatrischen Beurteilung hielten die Gutachter fest, es sei nach dem erlittenen Unfall beim Beschwerdeführer zu einer akuten Belastungsreaktion gekommen, später sei wegen der Erkrankung und der gesundheitlichen Komplikationen mit psychosozialen Auswirkungen, speziell dem Verlust des Arbeitsplatzes in der eigenen Firma, eine Anpassungsstörung aufgetreten. Der neuere Begriff der „genuinen Belastungsstörung“ wäre für die Situation des Beschwerdeführers durchaus zutreffender. Dieser Begriff sei konzeptionell für die Neufassung der ICD-11 vorgesehen. Dabei handle es sich um Kernsymptome wie Fehlanpassung, Intrusionen, unzureichende Erholungsfähigkeit, Konzentrationsprobleme und ferner Problem- und Personenvermeidung. Auch könnten Begleitsymptome wie Angst, depressive Stimmung und Impulskontrollprobleme bestehen. Die Zeitkriterien lägen allerdings unverändert bei sechs Monaten bis zwei Jahren. Aktuell sei von der Diagnose einer sonstigen Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8) auszugehen. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne gemäss der ICD-Definition nicht diagnostiziert werden. Allerdings bestehe beim Beschwerdeführer eine leichte depressive Störung, jedoch ohne Anhalt für eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, wie dies früher postuliert worden sei. Beim Beschwerdeführer sei von einer vorwiegend anankastischen Persönlichkeitsstruktur auszugehen, die im Rahmen des Unfallgeschehens und der danach eingetretenen psychosozialen Belastungen eine Akzentuierung erfahren habe. Diese entspreche allerdings nicht einer Persönlichkeitsstörung per definitionem (Urk. 6/59/17-18).

Dem Gutachten kann sodann entnommen werden, orthopädisch sei er bereits seit einem Jahr nicht mehr in Behandlung. Die angegebenen Beschwerden hätten klinisch und radiologisch kein entsprechendes Substrat gefunden und hätten entsprechend nur teilweise nachvollzogen werden können. Ansonsten aber seien die Angaben zum Beschwerdebild und zum bisherigen Verlauf durchaus konsistent gewesen, es hätten sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Aggravation oder gar Simulation ergeben, wenn auch die aktuelle diagnostische Einschätzung nicht den früheren Hypothesen entspreche (

Urk. 6/59/18).

Zum Fähigkeitsprofil hielten die Gutachter fest, stärkere psychische Anforderungen unter Stressbedingungen könnten mit Leistungseinbussen einhergehen, diese Fertigkeiten und die Resilienz müssten in der nahen Zukunft wieder eingeübt werden. Die Kommunikation erscheine beim Beschwerdeführer durch die leichte Reizbarkeit und Ungeduld noch eingeschränkt. Hierzu würde sich eine Behandlung mit stimmungsstabilisierenden Psychopharmaka anbieten, dieser stehe der Beschwerdeführer gegenwärtig aber noch kritisch gegenüber (Urk. 6/59/18). Prognostisch sei in therapeutischer Hinsicht zu erwarten, dass im Rahmen einer psychiatrischen/ psychotherapeutischen Behandlung unter Einbezug von Psychopharmaka die traumatischen Erlebnisse, jedoch auch die negativen psychosozialen Faktoren, entsprechend gezielt behandelt und dadurch sukzessive rückläufig sein würden. Unter einer Intensivierung der Therapie, speziell der Gabe eines Psychopharmakons sei mit einer Verbesserung der Gesamtsituation spätestens nach Ablauf von sechs Monaten zu rechnen. Die Modifizierung der Therapie würde zugleich auch einer Chronifizierung entgegenwirken. Dabei sei besonders zu erwähnen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner sehr umfassenden beruflichen Ausbildung und Erfahrung insgesamt über sehr gute Ressourcen verfüge, die jedoch gegenwärtig nicht zum Tragen kommen würden (Urk. 6/59/19). 4.

4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine - vom 1. Mai 2014 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG und Sachverhalt Ziffer 1.2 [Anmeldung zum Leistungsbezug am 15. November 2013]) bis 31. Dezember 2015 (vgl. Urk. 1 S. 11 [volle Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Januar 2016]) befristete - Rente der Invalidenversicherung hat. 4.2 4.2.1

Das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.____ vom 11. September 2015 (Urk. 6/59) beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen (orthopädisch, neurologisch, dermatologisch, allgemein-internistisch, psychiatrisch), wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. 4.2.2

Hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stellen die Gutachter weder in neurologischer, noch in allgemein-internistischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest. Laut der Beurteilung des dermatologischen und des orthopädischen Experten führen in dermatologischer Hinsicht die atopische Diathese mit allergisch-inhalativen und ekzematoiden Symptomen und in orthopädischer Hinsicht die Schmerzsituation lumbal nach dem Unfall vom 14. März 2012 zu einer Einschränkung im Zumutbarkeitsprofil: Dermatologisch müssen Tätigkeiten mit Kontakt zu inhalativen Allergenen (Pollen, Pflanzen, Tierepithelien, Mehle, Hausstaubmilbe u.a.) sowie Arbeiten im feuchten Milieu bzw. mit Kontakt zu Chemikalien, sonstigen aggressiven Substanzen oder solche mit mechanisch-irritativer Hautbelastung gemieden werden. Aus orthopädischer Sicht sind Arbeiten in gebückter Haltung wie auch Arbeiten mit Zwangspositionen des Oberkörpers und ausschliesslich sitzende Arbeit sowie auch das Heben und Tragen von schweren Lasten über 20kg, nicht zumutbar. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht seit September 2013 in der bisherigen sowie in anderen angepassten Tätigkeiten wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Diese Beurteilung erscheint aufgrund der erhobenen somatischen Befunde nachvollziehbar und überzeugend. Sie wurde denn von ihm auch nicht in Frage gestellt. 4.2.3

Der Beschwerdeführer machte vielmehr einzig geltend, die Beschwerdegegnerin sei zu Unrecht von der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung des psychiatrischen Gutachters der MEDAS A.____ (50%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit seit dem Unfall vom 14. März 2012 [Urk. 6/59/51-52]) abgewiesen (Urk. 1 S. 7 f.). 4.3

Vorauszuschicken ist, dass nach der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechts anwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt sind: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet.

Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und E. 3.2). Somit können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass die gesamte gutachterliche Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_92/2017 vom 20. März 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

4.4.4.1

Soweit die Gutachter der MEDAS A.____ dem Beschwerdeführer bereits seit dem Unfall (März 2012) bis zur Kündigung (Mai 2013) eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit (von 50 %) attestierten, ist zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer gemäss Aktenlage erstmals im Juni 2013 dazu veranlasst sah, aus psychischen Gründen seine Hausärztin resp. Dr. B.____ aufzusuchen, wobei ihm diese erst ab dem 10. Juni 2013 (Hausärztin) resp. ab dem 6. August 2013 (Dr. B.____) aus psychischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urk. 6/10 und 6/29). Dr. B.____ führte dabei in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 13. August 2014 unter dem Titel „Anamnese“ lediglich „Verlust der ganzen Existenz durch Mobbing als CEO“ an. Von vorbestehenden psychischen Problemen ist darin – wie auch im Bericht von Dr. B.____ vom 17. Oktober 2013 (Urk. 6/10) – nicht die Rede (Urk. 6/29). Auch der Beschwerdeführer selbst hat in der Anmeldung zum Leistungsbezug vom 15. November 2013 (Urk. 6/5/3), gegenüber der E.____ (Assessement-Bericht vom 16. November 2013, Urk. 6/15/6-10, insbesondere Urk. 6/15/9) und gegenüber Dr. C.____ (Urk. 6/22/11) nur auf die seit dem 10. Juni 2013 resp. die seit der Kündigung bestehenden psychischen Beeinträchtigungen hingewiesen. Es deutet demnach nichts darauf hin, dass bereits vor der Kündigung Ende Mai 2013 eine erhebliche psychische Problematik bestanden haben könnte. 4.4.2

Laut der – einlässlich begründeten - Beurteilung von Dr. C.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 2. Juni 2014 (vgl. E. 3.2) führte der aus Sicht des Beschwerdeführers ungerechte und hinterrücks eingefädelte Verlust seiner Firma (Kündigung Ende Mai 2013) zu einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), aus welcher sich unter der anhaltenden Belastung der rechtlichen Auseinandersetzung und dem weiteren Verlust von sozialen Kontakten und Vermögenswerten eine mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11, vgl. Urk. 6/22/15) entwickelt e, als Ausdruck von anhaltender

Resignation und Ohnmachtserleben (Urk. 6/22/16) . Eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) schloss Dr. C.____ – ebenfalls mit einlässlicher Begründung – aus (Urk. 6/22/17).

Auch gemäss dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, von der MEDAS A.____ entwickelte der Beschwerdeführer (unter anderem) aufgrund des arbeitsplatzbezogenen Konflikts eine (von ihm nicht kodierte) Anpassungsstörung, wobei Dr. F.____ dazu bemerkte, dass der Begriff „genuine Belastungsstörung“ (mit Kernsymptomen: wie Fehlanspassung, Intrusionen, unzureichender Erholungsfähigkeit und ferner Problem- und Personenvermeidung sowie Begleitsymptomen wie: Angst, depressive Stimmung und Impulskontrollstörung) gemäss der in Bearbeitung stehenden Neufassung der ICD-11 für die Situation des Beschwerdeführers zutreffender wäre. Unter Hinweis darauf, dass die Zeitkriterien bei der „genuinen Belastungsstörung“ unverändert (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage 2015, S. 209-210)

bei sechs Monaten bis zwei Jahren lägen, diagnostizierte er „aktuell“ eine sonstige Reaktion auf schwere Belastung (ICD

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

F43.8). Zusätzlich bestand laut Dr. F.____ im Zeitpunkt der Begutachtung eine leichte depressive Störung, jedoch keine posttraumatische Belastungsstörung und keine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Urk. 6/59/50).

Im Weiteren ist dem Gutachten der MEDAS A.____ zwar zu entnehmen, dass die vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung angegebenen Defizite im Bereich der Mobilität aus somatischer Sicht nicht nachvollzogen werden können (Urk. 6/59/9, 6/59/16 und Urk. 6/59/50). Eine betreffende psychiatrische Diagnose (beispielsweise aus dem Formenkreis der somatoformen Schmerzstörungen [ICD-10 F45]) wurde jedoch nicht gestellt. Dies wurde vom Beschwerdeführer nicht bemängelt, weshalb sich weitere Ausführungen dazu erübrigen. 4.5 4.5.1

Die in ICD-10 F43 (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) aufgeführten Störungen entstehen immer als direkte Folge einer akuten schweren Belastung oder eines kontinuierlichen Traumas. Das belastende Ereignis oder die andauernde, unangenehme Situation sind der primäre und ausschlaggebende Kausalfaktor, und die Störung wäre ohne seine Einwirkung nicht entstanden (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt,

Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V [F],
Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage 2015, S. 204).

Die posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 F43.1 fällt gemäss BGE 142 V 342 in den Anwendungsbereich von BGE 141 V 281 (vgl. E. 1.2.2). Dies hat auch für die von Dr. F.____ gestellte (allerdings nicht näher begründete und von daher nicht unbedingt schlüssige) Diagnose gemäss ICD-10 F43.8 zu gelten, zumal ihr ein diagnoseinhärenter Bezug zum Schweregrad fehlt. 4.5.2

Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 gelten anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und damit vergleichbare psychosomatische Leiden 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 keine Behandlungsresistenz besteht (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1.3.1 mit Hinweisen).

Leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, fallen 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). 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. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1). 4.5.3

Im psychiatrischen Kontext kommt es grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Massgebend ist in erster Linie der lege artis erhobene psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 6. Januar 2016 E. 6.1).

Dr. C.____ hatte aufgrund der von ihm im März 2014 durchgeführten klinischen psychiatrischen Untersuchung – nachvollziehbar - auf eine mittelgradige depressive Symptomatik geschlossen (Urk. 6/22/12-13). Der von Dr. F.____ erhobene psychische Befund weist für den Zeitpunkt der Begutachtung in der MEDAS A.____ (Mai 2015) nurmehr eine teils (weitgehend) unauffällige, teils leichte psychopathologische Symptomatik aus (Urk. 6/59/48). Ab dem 1. Januar 2016 war der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben wieder voll arbeitsfähig (Urk. 1 S. 11).

Demnach ist davon auszugehen, dass im relevanten Zeitraum (Mai 2014 bis Dezember 2015) keine schwere Störung gemäss ICD-10 F43.8 vorlag und auch keine schwere depressive Störung bestand. Gleiches gilt aufgrund der Feststellungen von Dr. C.____ und Dr. F.____ im Übrigen auch für die Zeit davor (vgl. auch E. 4.4.1). 4.5.4

Von einer Therapieresistenz kann vorliegend schon in Anbetracht der vollständigen Remission dieser beiden Störungen per Ende 2015 (vgl. Urk. 1 S. 11) nicht ausgegangen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_58/2016 vom 11. Mai 2016 E. 4.2). Abgesehen davon hat sich der Beschwerdeführer zwar seit August 2013 einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. B. unterzogen und einen phytopharmakologischen Behandlungsversuch unternommen (Urk. 6/59/22 und Urk. 6/22/18). Psychopharmaka nahm er gemäss seinen Angaben gegenüber dem psychiatrischen Gutachter der MEDAS A. aber nie ein (Urk. 6/59/47). In eine (teil-)stationäre Behandlung begab er sich ebenfalls nie (Urk. 6/59/20). Dies, obwohl Dr. C. im genannten Gutachten vom 2. Juni 2014 den Ausbau der antidepressiven Medikation mit Psychopharmaka und allenfalls eine stationäre Behandlung empfohlen und die Prognose als „vorerst eher noch günstig“ bezeichnet hatte (Urk. 6/22/18-19). Auch die Gutachter der MEDAS A. erwarteten unter einer Intensivierung der Therapie, speziell unter Gabe eines Psychopharmakons, eine Verbesserung der Gesamtsituation (Urk. 6/59/22). Der Beschwerdeführer hat demnach die psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zu keiner Zeit voll ausgeschöpft.

Hinzu kommt, dass nach dem Gesagten (vgl. E. 4.2.2) die somatischen Befunde seit August 2013 der vollzeitlichen Ausübung der bisherigen Tätigkeit nicht entgegen standen, gemäss ausdrücklicher Feststellung von Dr. F. nur akzentuierte Persönlichkeitszüge (aber keine Persönlichkeitsstörung) vorliegen und der Beschwerdeführer über gute Ressourcen verfügt (Urk. 6/59/50-51). Mit Blick auf die bisherigen Behandlungsbemühungen ist sodann – entgegen der von den Gutachtern der MEDAS A. offenbar vertretenen Auffassung – nicht auf einen erheblichen psychischen Leidensdruck zu schliessen. 4.5.5

Es kann daher ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es dem Beschwerdeführer bei Aufbietung allen guten Willens und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungsspflicht im relevanten Zeitraum zuzumuten gewesen wäre, ganztags einer seinen somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit (wie der bisherigen) nachzugehen. 4.5.6

Der Vollständigkeit halber ist festzuhalten, dass – wie der Beschwerdeführer vorbrachte (Urk. 1 S. 8) – die Behandelbarkeit einer psychischen Störung zwar für sich betrachtet nichts über deren invalidisierenden Charakter aussagt und in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer renten begründenden Invalidität nicht absolut entgegen steht (BGE 127 V 294 E. 4c). Dies ändert aber nichts daran, dass dem vorliegend zu beurteilenden psychischen Beschwerdebild gemäss der (unlängst bestätigten) Rechtsprechung des Bundesgerichts – mangels der vorausgesetzten Schwere und Therapieresistenz – eine invalidisierende Wirkung abzusprechen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_105/2017 vom 6. Juni 2017 E. 4.5 und 8C_793/2016 vom 15. September 2017 E. 5.2 und E. 7 mit Hinweisen). 5.

Nach dem Gesagten steht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der Überwiegen der Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer aus rechtlicher Sicht im massgeblichen Zeitraum ab Mai 2014

die bisherige Tätigkeit Geschäftsführer mit einem Pensum von 100 % zumutbar war. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen. Bei dieser Sachlage besteht kein Anlass, die PAX Sammelstiftung BVG zum Verfahren beizuladen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie vom Beschwerdeführer zu tragen. Das Gericht erkennt: 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 Holger Hügel - 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
Hurst Hausammann

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