

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00089 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00089

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00089 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00089 del 29 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1961 und britischer Staatsangehöriger, reiste im Jahr 1988 in die Schweiz ein und war als Angestellter bei verschiedenen Banken, zuletzt seit Januar 2004 bei der Y.____ als „Specialist Payments“ tätig (Urk. 6/9, Urk. 6/11 und Urk. 6/56). Nach einer Meldung zur Früherfassung (Urk. 6/2) meldete er sich unter Angabe von gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von Depression, Schlaflosigkeit, Konzentrationsmängel und Erinnerungslücken am 11. September 2013 zum Bezug von Leistungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung an (Urk. 6/10). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinischen und beruflichen Verhältnisse ab und gewährte vom 27. November 2013 mit mehrfachen Verlängerungen bis 30. September 2015 Integrationsmassnahmen im Sinne eines Job Coaching am Arbeitsplatz zuzüglich Taggelder (Urk. 6/21, 6/23, 6/48, 6/69, 6/75, 6/83). Mit Mitteilung vom 18. August 2015 (Urk. 6/90) hielt die IV-Stelle fest, dass zufolge eines Unfallereignisses am 15. Juni 2015 der Versicherte nicht mehr in der Lage sei, an seinen Arbeitsplatz zurückzukehren, weshalb die Integrationsmassnahmen per 11. Juli 2015 aufgehoben und ein Rentenanspruch geprüft würden. Nach dem Eingang eines im Auftrag der IV-Stelle veranlassten polydisziplinären Gutachtens (des Z.____ vom 5. November 2015; Urk. 6/93) kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 22. Februar 2016 (Urk. 6/102) die Zusprache einer abgestuften befristeten Invalidenrente (Viertelsrente von Juli bis Oktober 2014, ganze Rente von November bis Dezember 2014 und Dreiviertelsrente von Januar bis März 2015) an. Gleichzeitig erstattete die IV-Stelle Meldung beim Strassenverkehrsamt betreffend fragliche Fahreignung (Urk. 6/101). Gegen den Vorbescheid erhob der Versicherte am 11. Juli 2016 Einwand worauf die IV-Stelle mit Verfügungen vom 12. Dezember 2016 (Urk. 2/1-3) in angekündigtem Sinne entschied.

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

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. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E.

4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

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

Dagegen erhob X. ____

am 24. Januar 2017 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 12. Dezember 2016 sei aufzuheben und es seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine unbefristete IV-Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin verwies in ihrer Beschwerdeantwort vom 6. März 2017 auf die Akten sowie das medizinische Gutachten des

Z.____ und beantragte Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Hiervon wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. März 2017 Kenntnis gegeben (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2016 (Urk. 2 /3) davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 17. Juni 2013 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt und bei Ablauf der einjährigen Wartezeit in der angestammten Tätigkeit als „Specialist Payments“, die auch einer angepassten Tätigkeit entspreche, aber lediglich zu 30 % arbeitsunfähig sei. Ein IV-Rentenanspruch habe deshalb noch nicht entstehen können. Nach einer Verschlechterung per 1. Juli 2014 bestehe ein IV-Grad von 40 % und es könne eine Viertelsrente ausgerichtet werden. Ab 18. August 2014 habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert und der Beschwerdeführer habe bis am 31. Dezember 2014 keine Tätigkeit mehr ausüben können, was gleichzeitig einem IV-Grad von 100 % entspreche. Ab 1. Januar 2015 habe er seine Tätigkeit wieder zu 40 % aufgenommen und ab diesem Datum bestehe somit ein IV-Grad von 60 %. Vom 1. April bis am 30. September 2015 seien IV-Taggelder ausgerichtet worden, weshalb während dieser Zeit kein IV-Rentenanspruch bestehe. Die medizinischen Abklärungen im Juni 2015 hätten gezeigt, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe und seit diesen Untersuchungen betrage die Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als „Specialist Payments“ und in behinderungsangepassten Tätigkeiten 20 %. Entsprechend einem IV-Grad von 20 % bestehe damit kein Rentenanspruch mehr.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 5), im (Z.____-) Gutachten fehle eine Erwähnung der Diagnose einer „Leberzirrhose“, obwohl der regionale ärztliche Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin eine Abklärung der Lebersituation und deren Auswirkung auf die kognitiven Fähigkeiten empfohlen habe. Der Sachverhalt sei

damit nicht genügend abgeklärt. Hinzu komme, dass das Gutachten auch nicht eigenhändig unterzeichnet worden sei.

Ab 1. Januar 2015 werde unter anderem von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und von einer Erwerbsunfähigkeit von 60 % ausgegangen. Gestützt darauf sei der Anspruch auf eine Dreiviertelsrente bejaht worden. Auch die Gutachter des Z.____ hätten unter anderem als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung erwähnt, aktuell remittiert. Das Teilgutachten des Psychiaters sei aber vage formuliert und könne höchstens als Momentaufnahme betrachtet werden. Eine voraussichtlich länger dauernde Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht genügend dargelegt und die Beschwerdegegnerin sei dem im Einwand gegen den Vorbescheid gestellten Antrag nicht nachgekommen, einen Verlaufsbericht beim behandelnden Psychiater einzuholen, was erforderlich gewesen wäre, nachdem im Verfügungszeitpunkt der letzte psychiatrische Bericht (Gutachten) bereits über ein Jahr alt gewesen war und der psychiatrische Teilgutachter keine Prognose gestellt und stattdessen empfohlen habe, den weiteren Verlauf abzuwarten (S.

6 f.).

Auch wenn auf die Arbeitsunfähigkeit im Gutachten abgestellt werde, stimme die Berechnung des Zeitpunkts der Änderung des Rentenanspruchs nicht, da die drei Monate nicht nur bei der Verschlechterung, sondern auch bei der Verbesserung des Gesundheitszustandes zu berücksichtigen seien, und da die letzte Begutachtung erst am 5. Oktober 2015 stattgefunden habe; erst ab diesem Zeitpunkt sei von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen (S. 7 f.). Diesfalls sei ab Juli 2014 von einer Viertelsrente, ab November von einer ganzen Rente und von Januar bis Ende Dezember 2015 von einer Dreiviertelsrente auszugehen (S. 7 Ziff. 26). 3. 3.1

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, berichtete am 2. September 2014 über die Behandlung des Beschwerdeführers seit 21. Mai 2013 (Urk. 6/33/6-10). Als psychiatrische Diagnosen führte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ICD-10 F33.1 und ein Alkoholabhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem Substanzgebrauch ICD-10 F10.24 auf und nannte in Bezug auf die somatischen Diagnosen ein metabolisches Syndrom (arterielle Hypertonie, Hypertriglyceridämie, Adipositas), eine Leberzirrhose, einen Status nach diffuser hämorrhagischer Gastritis und frühere Diagnosen gemäss dem Hausarzt Dr. B.____ (S. 1).

Er berichtete, es bestünden vor allem Störungen in den Bereichen Affektivität und Antrieb. Die Stimmungslage schwanke innerhalb einer Woche mehrmals zwischen euthymer oder leicht euphorischer und wiederum sehr resignativer und deprimierter Stimmung, zum Teil auch mit Gedanken des Lebensüberdresses. Durch frustrierende Erlebnisse bei der Arbeit oder auch im familiären Bereich stosse der Beschwerdeführer emotional schnell an die Grenzen, so dass die psychische Belastbarkeit insgesamt vermindert sei. Ebenfalls sei die Anpassungsfähigkeit herabgesetzt und es bestünden eine reduzierte körperliche Belastbarkeit mit schneller Ermüdung und erhöhtem Regenerationsbedarf. Diese Einschränkungen seien auch im privaten Bereich sichtbar. Bisher habe mit den Behandlungsmassnahmen die Arbeitsfähigkeit nicht nachhaltig gesteigert werden können. Nach einer depressiven Dekompensation mit suizidaler Krise Mitte August 2014 resultiere nun eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und eine Neuerteilung des Gesundheitszustands sei nach einer stationären Behandlung zu empfehlen. Es wurden folgende Arbeitsunfähigkeiten attestiert (S. 4): - 50 % arbeitsunfähig vom 17.06.2013 bis zum 01.09.2013 - 40 % arbeitsunfähig vom 02.09.2013 bis zum 20.10.2013 - 50 % arbeitsunfähig vom 21.10.2013 bis zum 31.12.2013 - 40 % arbeitsunfähig vom 01.01.2014 bis zum 31.05.2014 - 30 % arbeitsunfähig vom 01.06.2014 bis zum 30.06.2014 - 40 % arbeitsunfähig vom 01.07.2014 bis zum 17.08.2014 - 100 % arbeitsunfähig vom 18.08.2014 bis auf weiteres 3.2

Im Kurzbericht der C.____ vom 13. November 2014 über die stationäre, integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vom 29. September bis 15. November 2014 (Urk. 6/40) lauteten die psychiatrischen Diagnosen wie folgt: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - Probleme mit Bezug auf Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63) Es wurde festgehalten, bei Klinikaustritt habe eine psychophysische Stabilisierung mit positiver Antriebssteigerung und Stimmungsaufhellung festgestellt werden können und der Beschwerdeführer habe vom multimodalen Therapieangebot profitieren können. Während des Aufenthaltes sei es

gelungen, dass er immer besser auf Signale seines Körpers habe achten und Themen wie Abgrenzung gegenüber anderen, Selbstfürsorge und Selbstvertrauen habe angehen können. Bis 30. November 2014 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert und empfohlen worden, den Beschwerdeführer weiter bis Ende Jahr krank zu schreiben. Danach könne ein reduziertes Pensum (zum Beispiel 50 %) mit kontinuierlicher Erhöhung in Betracht gezogen werden. 3.3 3.3.1

Im polydisziplinären Gutachten des Z.____ vom 5. November 2015 (Urk. 6/93), welches aufgrund von Untersuchungen vom 4., 8., 15., und 19. Juni 2015 durch Dr. med. D.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Neurologie, Dr. med. F.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, erstellt wurde, stellten die Experten folgende Diagnosen (S. 39):

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Leichte Gangataxie - Differentialdiagnose (DD): cerebellär bei chronischem Alkoholkonsum, vasculäre Encephalopathie bei Hypertonie (ICD-10 R27.0) 2. Rezidivierende Episoden mit plötzlicher Abwesenheit, vereinbar mit einer Bewusstseinsstörung unklarer Ätiologie - DD: epileptogen 3. ICD-10 R41.8 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen) 4. Konzentrationsstörung, Wortfindungsstörung und Müdigkeit unklarer Ätiologie - DD: im Rahmen der Depression, medikamentös 5. Rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 6.

Fehlender Patellarsehnenreflex rechts, vereinbar mit einer residuellen radikulären L3/4-Symptomatik rechts (ICD-10 M51.1) 7.

Status nach Alkoholüberkonsum, aktuell mässiger Konsum (ICD-10 F10.25) 3.3.2

Zum allgemeininternistischen Teilstatus hielt der zuständige Experte fest (S. 12), der Beschwerdeführer sei 185 cm gross und 138 kg schwer, sei sehr freundlich und kooperativ und lächle auch oftmals. Der Bewegungsapparat sei soweit geprüft unauffällig. 3.3.3

Der neurologische Teilgutachter berichtete (S. 18 f.), zur Frage nach den Hauptbeschwerden gebe der Beschwerdeführer an, sein Hauptproblem sei die Depression. Auch seien seine Konzentration vermindert und sein Erinnerungsvermögen beeinträchtigt. Zusätzlich leide er unter Gleichgewichtsstörungen. Der Beschwerdeführer verhalte sich in der Untersuchung kooperativ, adäquat und zeitlich orientiert. Es finde sich eine leichte Gangataxie, bei der es sich möglich erweise um eine cerebelläre Pathologie bei chronischem Alkoholkonsum handeln könnte. Differentialdiagnostisch sei bei arterieller Hypertonie auch eine vaskuläre Encephalopathie möglich. Die beklagten rezidivierenden Episoden mit plötzlicher Abwesenheit seien mit einer Bewusstseinsstörung unklarer Ätiologie vereinbar. Nicht auszuschliessen sei eine epileptogene Ursache. Von unklarer Ätiologie seien auch die beklagte Konzentrations- und Wortfindungsstörung sowie die Müdigkeit, was möglicherweise im Rahmen der Depression oder auch infolge der Medikamente zu interpretieren sei. Weiter habe der Patellarsehnenreflex rechts nicht sicher ausgelöst werden können, was mit einer residuellen, radikulären L3/L4 Symptomatik vereinbar sei.

Aufgrund der leichten Gangataxie sowie der rezidivierenden Episoden mit plötzlicher (geistiger) Abwesenheit bestehe eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, wobei

Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie Tätigkeiten an Maschinen mit erhöhter Verletzungsgefahr vermieden werden sollten. Aufgrund der möglichen Bewusstseinsstörung bestehe aus neurologischer Sicht auch keine Fahreignung. Die aktuelle Tätigkeit als Bankangestellter im Backoffice sei dem Beschwerdeführer aber möglich. Infolge der angegebenen Müdigkeit und Konzentrationsstörung sei jedoch von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen und in dieser Tätigkeit von einem zumutbaren Pensum im Umfang von 80 %. 3.3.4

Aus psychiatrischer Sicht hielt der Experte fest (S. 25), der Beschwerdeführer wirke äusserlich ordentlich. Das Bewusstsein sei klar, die Orientierung allseits erhalten und Störungen der kognitiven Funktionen seien nicht zu finden. Er beklage sich über Konzentrationsschwierigkeiten und nach mehreren Stunden Arbeit auch über Vergesslichkeit. Der Gedankengang sei teilweise etwas umständlich, doch bereitwillig und ausführlich auf die Fragen eingehend, die er mit klarer und kräftiger Stimme beantworte, wobei er sich sehr gut in der hiesigen Sprache verständigen könne. Hinweise auf Zwänge, Wahn und psychotische Phänomene seien nicht zu finden und der Affekt sei euthym, freundlich, immer wieder lächelnd, in keiner Weise verstimmt, auch nicht angespannt und es hätten auch keine diffusen Ängste eruiert werden können. Die affektive Modulation sei erhalten.

Insgesamt sei anzunehmen, dass möglicherweise im Rahmen einer unzufriedenen beruflichen Situation und allenfalls Überlastung der Beschwerdeführer eine depressive Symptomatik entwickelt habe und dekompenziert sei. Es bestehe auch ein jahrelanger Alkoholüberkonsum, der nicht quantifiziert werden könne und zu dem vom Beschwerdeführer nur ausweichende Angaben zu erhalten seien. Eine körperliche Problematik könne im Zusammenhang mit diesem Überkonsum interpretiert werden. Eindeutige Hinweise, dass ein sekundärer Konsum stattgefunden habe, um eine allfällige psychische Problematik angehen zu können, fänden sich hingegen nicht. Mit grosser Wahrscheinlichkeit liege ein Gewohnheitstrinken vor, ohne dass Hinweise auf eine sekundäre psychische Schädigung zu finden seien. Aktuell ergäben sich auch keine Hinweise auf eine affektive Störung, eine Persönlichkeitsproblematik oder eine anderweitige psychiatrische Störung. Es müsse deshalb eine Remission der depressiven Symptomatik angenommen werden. Dem Beschwerdeführer gelinge es gut, seinen Alltag zu gestalten, Interessen nachzugehen und auch soziale Kontakte zu pflegen, der Appetit habe sich gebessert, er weise keine Schlafstörungen auf, sei nicht übermässig angespannt oder psychomotorisch beeinträchtigt. Zum aktuellen Zeitpunkt sei deshalb von keiner relevanten psychischen Störung mehr auszugehen (S. 26 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei anzunehmen, dass möglicherweise noch ein labiler Zustand vorliege, weswegen der Beschwerdeführer als etwas vermindert belastbar eingestuft werden könne; es sei daher ungünstig, wenn er «verantwortliche» Tätigkeiten durchführen müsse. Auch Arbeiten unter Zeitdruck sollte er nicht durchführen müssen. Eine ähnliche Tätigkeit wie bisher sollte ihm grundsätzlich aber möglich sein, wenn er nicht die Alleinverantwortung zu tragen habe. Die Prognose sei etwas ungewiss. Subjektiv gebe der Beschwerdeführer weiterhin eine starke Leistungseinschränkung an, wobei sicherlich teilweise die körperliche Situation eine Rolle spiele, doch nicht nur diese, denn schon vor Juni 2015, als er im Badezimmer gestürzt sei, habe er sich als stark vermindert belastbar eingestuft. Aufgrund der psychischen Befunde lasse sich dies jedoch nicht begründen und es sei deshalb der weitere Verlauf abzuwarten (S. 28 f.). 3.3.5

Zur neuropsychologischen Evaluation hielt der zuständige Psychologe fest (S. 34 ff.), beim Beschwerdeführer bestünden gemäss den Akten diverse somatische und psychiatrische Diagnosen (unter anderem eine Leberzirrhose, eine rezidivierende depressive Störung und ein Alkoholabhängigkeitssyndrom). Eine hirnorganische Schädigung sei jedoch nicht dokumentiert und die radiologischen Befunde seien unauffällig gewesen (CT / MRI Schädel Dezember 2001, MRI Schädel vom 12. Juni 2015). Der Beschwerdeführer habe die ca. vierein halbstündige Untersuchung mit zwei kurzen Pausen in einer Sitzung abgeschlossen. Hierbei habe er ein durchschnittliches Gesamtleistungsniveau erreicht, wobei das Leistungsprofil weitgehend ausgeglichen gewesen sei. Deutliche Defizite hätten sich keine gefunden und mehrere Leistungen seien an der oberen Normgrenze, einzelne darüber gewesen und das Arbeitstempo sei insgesamt durchschnittlich gewesen.

Die neuropsychologischen Befunde hätten insgesamt eine kognitive Leistungsfähigkeit im Bereich der Erwartungen gezeigt und eine neuropsychologische Funktionsstörung habe nicht objektiviert werden können. Die Arbeitsfähigkeit sei im neuropsychologischen Bereich nicht eingeschränkt und die kognitiven Fähigkeiten sprächen nicht gegen eine Tätigkeit im angestammten Bereich als Bankangestellter (S. 37). 3.3.6

Aus gesamtmedizinischer Sicht hielten die Experten fest, die aktuelle Tätigkeit als Bankangestellter im Backoffice könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, wobei infolge der angegebenen Müdigkeit und Konzentrationsstörung von einem erhöhten Pausenbedarf auszugehen und aus neurologischer Sicht die Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Unklar sei der Verlauf der bisherigen Arbeitsunfähigkeit, wobei Dr. A.____ ab Juni 2013 eine 30 bis 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis August 2014 und danach eine volle Arbeitsunfähigkeit ausgestellt habe. Zwischen September und November 2014 sei der Beschwerdeführer stationär in einer Behandlung gewesen, weswegen in dieser Zeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (S. 41). Eine adaptierte Tätigkeit sei spätestens ab Gutachten zu 80 % zumutbar (S. 42). 3.4

Im Bericht des H.____ vom 31. Mai 2016 (Urk. 6/121/3-9) über die verkehrsmedizinische Begutachtung vom 11. April 2016 hielt die zuständige Ärztin fest (S. 8 f.), im Rahmen der aktuellen verkehrsmedizinischen Untersuchung zeige sich, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an einer chronisch rezidivierenden Störung leide, welche zurzeit auf einem niedrigen Niveau stabil sei. Es seien aber immer wieder Stimmungsschwankungen innerhalb einer Woche zwischen euthymer oder leicht euphorischer und wiederum sehr resignativer und depressiver Stimmungslage aufgetreten und er werde entsprechend mit mehreren psychotropen Medikamenten behandelt. Hinweise auf allfällige kognitive Beeinträchtigungen durch die psychotrope Medikation ergäben sich zurzeit nicht. Hinzu komme eine bekannte Alkoholabhängigkeit, wobei die Untersuchung für einen starken, chronischen und gesundheitsschädlichen Alkoholkonsum spreche. Die neurologischen Befunde zeigten Gleichgewichtsstörungen und fehlende Muskeleigenreflexe der unteren Extremität und Sensibilitätsstörungen an den Füßen, wobei diese Befunde auf das bekannte lumboradikuläre Schmerzsyndrom zurückzuführen seien, teilweise aber auch durch den Alkoholüberkonsum mitbedingt sein könnten. Vor diesem Hintergrund müsse die Gefahr eines Fahren-im-angetrunkenem-Zustand-(FiaZ) Ereignisses als deutlich erhöht angesehen werden. Aus verkehrsmedizinischer Sicht müsse die Fahreignung zum aktuellen Zeitpunkt klar verneint werden. 4. 4.1

Das Z.____ Gutachten erfüllt die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.4). Es ist für die strittige Frage nach dem Gesundheitszustand

des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit umfassend, beruht auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen, berücksichtigt die relevanten Vorakten wie auch die geklagten Beschwerden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Verhältnisse und in der Begründung ein. Anhand der Aktenlage ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Sachverständigen entscheidungswesentliche Tatsachen nicht berücksichtigt hätten oder nicht lege artis vorgegangen wären. Dementsprechend unbestritten geblieben sind die anlässlich der Begutachtung erhobenen Untersuchungsbefunde.

Soweit der Beschwerdeführer die Unvollständigkeit des Gutachtens beanstandet, da die Leberzirrhose in der Diagnosenliste nicht aufgeführt und deren Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten nicht untersucht worden seien, kann ihm nicht gefolgt werden. Denn einerseits begründet sich die massgebliche Fragestellung der Auswirkungen allfälliger gesundheitlicher Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht aufgrund von Diagnosen, sondern aufgrund des medizinisch zumutbaren Leistungsvermögens nach objektiven Gesichtspunkten und dabei vorrangig aufgrund der erhobenen (klinischen) Untersuchungsbefunde. Andererseits diskutierten die Gutachter die aktenkundige Leberzirrhose im Zusammenhang mit einem jahrelangen Alkoholüberkonsum (vgl. Urk. 6/93/32 und Urk. 6/93/34), wobei sich (in psychiatrischer Hinsicht) aber weder Hinweise auf ein primäres Suchtleiden noch Anhaltspunkte für sekundäre psychische Folgeschäden ergaben (E. 3.3.4 hiervor). Die neuropsychologische Evaluation zeigte

sodann keine kognitiven Störungen (E. 3.3.5 hiervor). Damit legten die Gutachter auch nachvollziehbar dar, dass keine Einschränkungen kognitiver Fähigkeiten vorliegen, die gegen eine Tätigkeit im angestammten Bereich als Bankangestellter sprechen (Urk. 6/93/42). In organischer Hinsicht massen die Experten der (vordiagnostizierten) Leberzirrhose keine relevante Bedeutung bei, was im Einklang mit der Einschätzung der übrigen behandelnden Ärzte steht, welche hieraus ebenfalls nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit schlossen (Urk. 6/34 Ziff. 1.6, Urk. 6/19/13-15, Urk. 6/1/1-2). Wesentliche Diskrepanzen zur übrigen medizinischen Aktenlage ergeben sich aus dem Gutachten damit nicht (vgl. Urk. 6/93/29) und solche sind auch nicht darin zu erblicken, dass die Gutachter auf deutliche Diskrepanzen zwischen den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Leistungsvermögen und den objektiven Befunden hingewiesen haben (vgl. Urk. 6/92/27). Dass die Gutachter die Prognose als „etwas ungewiss“ bezeichneten und in diesem Zusammenhang ausführten, es müsse der weitere Verlauf abgewartet werden (vgl. Urk. 6/93/29), erscheint als kohärent, war doch die künftige Entwicklung nicht absehbar.

Anhaltspunkte für eine Veränderung (Verschlechterung) des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung im Z. ___ im Juni 2015 und dem Verfügungszeitpunkt im Dezember 2016 liegen nicht vor. Solche sind auch der verkehrsmedizinischen Begutachtung vom 11. April 2016 nicht zu entnehmen, wurde doch lediglich auf eine psychische Situation mit Stimmungsschwankungen hingewiesen, die aktuell, wenn auch auf niedrigem Niveau, stabil sei. Die Aberkennung der Fahreignung

begründete sich denn auch nicht mit einer im Vordergrund stehenden psychischen Störung, sondern mit dem übermässigen Alkoholkonsum und der dadurch deutlich erhöhten Gefahr von Fahrten in angetrunkenem Zustand (E. 3.4 hiervor). Auch dem Umstand, dass zwischen der Begutachtung im Z. ___ und der angefochtenen Verfügung eineinhalb Jahre liegen und der Beschwerdeführer bereits in seinen Einwänden gegen den Vorbescheid gefordert hatte,

es sei ein Verlaufsbericht beim behandelnden Psychiater einzuholen, ist nichts zu seinen Gunsten abzugewinnen. Denn einerseits trug er nach Erlass des Vorbescheides mit verschiedenen Fristerstreckungsbegehren (vgl. Urk. 6/106, 6/116, 6/119) selber massgeblich zur Verfahrensverlängerung bei, und andererseits nutzte er diese Zeit auch nicht, um allfällige Berichte behandelnder Ärzte, die auf eine veränderte gesundheitliche Situation hätten hinweisen können, bei der Beschwerdegegnerin einzureichen. Bei gegebener Sachlage war die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet, nach umfassend getätigten Abklärungen nochmals bei den behandelnden Ärzten nachzufragen.

Zusammenfassend ist am Beweiswert des Z.____-Gutachten sowie der Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit nicht zu zweifeln (vgl. E. 1.4). Damit ist der Sachverhalt als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer in angestammter Tätigkeit als Bankangestellter wie auch in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar ist (E. 3.3.6 hiervor). Angesichts der klaren Aktenlage sind von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines weiteren Gutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung , BGE 124 V 90 E. 4b). 4.2

4.2.1

Zu prüfen ist die zeitliche Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit, wobei die Gutachter auf einen unklaren Verlauf hinwiesen (E. 3.3.6). Die Beschwerdegegnerin stellte soweit ersichtlich auf die attestierten Arbeitsfähigkeiten der behandelnden Ärzte ab, eröffnete das Wartejahr am 17. Juni 2013 und setzte den Beginn des Anspruchs auf eine Viertelsrente auf den 1. Juli 2014 fest (vgl. Urk. 6/98 S. 4 und S. 7). Mit Blick auf die von Dr. A.____ attestierten Arbeitsunfähigkeiten (vgl. E. 3.1 hiervor) kann dies nachvollzogen werden. Zutreffend ist auch, dass die Beschwerdegegnerin nach Ablauf der Wartezeit die massgebliche Erwerbsunfähigkeit der Arbeitsunfähigkeit gleichsetzte, da Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit gleichermaßen vorgelegen haben und der Beschwerdeführer überdies in seiner bisherigen Tätigkeit in entsprechend reduziertem Pensum weiterhin tätig war. Insoweit wurde diese Vorgehensweise auch durch den Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet. Bei 40%iger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab 1. Juli 2014 besteht ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf eine Viertelsrente. 4.2.2

Zum weiteren Verlauf ergibt sich aus den Akten, dass Dr. A.____ ab 18. August 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte und sich der Beschwerdeführer vom 29. September bis 15. November 2014 in stationärer Behandlung in der C.____ befand, wobei die Klinikärzte empfahlen, den Beschwerdeführer noch bis Ende Jahr krank zu schreiben und er danach bei einem 50%igen Pensum mit kontinuierlicher Erhöhung an seinem bisherigen Arbeitsplatz wieder einsteigen solle (E. 3.2). Im Weiteren ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer ab Januar 2015 an seinem bisherigen Arbeitsplatz wieder ein Arbeitspensum zu 40 % aufnahm (Verlaufsprotokoll Job Coaching; Urk. 6/92 S. 2). Für die Periode 1. April bis 30. September 2015 wurde bei einer Arbeitsfähigkeit von 40 % eine Zielvereinbarung betreffend Aufbautraining am Arbeitsplatz mit Job Coaching unterzeichnet (Urk. 6/71) und es wurden für diesen Zeitraum IV-Taggelder zugesprochen (Urk. 6/69). Sodann war der Beschwerdeführer aufgrund eines Sturzes im Badezimmer vom 12. Juni bis 18. Juni 2015 im O.____-Spital hospitalisiert, wobei ihm für diese Zeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (Urk. 6/93/50-52). Die Z.____ Gutachter attestierten aufgrund ihrer Untersuchungen im Juni 2015 sodann spätestens auf diesen

Zeitpunkt noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (E. 3.3.6). 4.2.3

Die gesundheitliche Verschlechterung mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 18. August 2014 berücksichtigte die Beschwerdegegnerin mit Blick auf die Rentenabstufung (Art. 88a Abs. 2 IVV) zu Recht ab November 2014.

Die tatsächliche Erwerbsaufnahme zu 40 % ab Januar 2015 führt indessen nicht zur sofortigen Herabsetzung auf eine Dreiviertelsrente, war doch der verbesserte Zustand nicht derart, dass ohne weiteres angenommen werden konnte, dass er voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Die Ärzte der C.____ erachteten ab 1. Januar 2015 eine teilweise Erwerbstätigkeit wieder als zumutbar, ohne aber eine sichere Prognose stellen zu können. Eine Herabsetzung auf eine Dreiviertelsrente würde sich demgemäss erst per 1. April 2015 rechtfertigen, zu welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer jedoch wieder – bis am 30. September 2015 – Taggelder bezog. Ab diesem Zeitpunkt hatte er demnach keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Dieser lebte hernach auch nicht mehr auf, attestierten die Z.____ Gutachter doch ab Begutachtung im Juni 2015 (letzte Untersuchung am 30. September 2015 [Urk. 6/93/30] bestätigte die bereits im Juni 2015 festgestellte Verbesserung) lediglich noch eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit, womit ein Rentenanspruch ausser Betracht fällt. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. 5.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG) sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgangs – fast vollständiges Unterliegen - dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Zusprache einer Prozessentschädigung fällt ausser Betracht. Das Gericht erkennt:

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).

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