

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00131 vom 24. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00131

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00131 du 24 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00131 del 24 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1955, war seit 1998 selbständigerwerbend (vgl. Urk. 6/4/12-15; Urk. 6/5 Ziff. 6.3.1 und Ziff. 8) und meldete sich unter Hinweis auf seit dem 28. August 2006 bestehende psychische Beschwerden am 24. August 2007 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk.

6/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/ 14) – darunter auch zwei psychiatrische Gutachten (Urk. 6/14/16-20 und Urk. 6/28) - sowie Unterlagen zu einer von der Krankentaggeldversicherung veranlassten Strafuntersuchung des Versicherten (vgl. Urk. 6/ 65) und Observation (Urk. 6/95) bei. Sodann liess sie den Versicherten vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) psychiatrisch untersuchen (Urk. 6/26) und gab nach Einstellung der Strafuntersuchung (vgl. Urk. 6/65 ; Urk. 6/132) ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag , das am 6. Januar 2016 erstattet wurde (Urk. 6/124) .

Nach durchgeführtem Vorbescheid verfahren (Urk. 6/127; Urk. 6/128; Urk. 6/130; Urk. 6/133 f.) v erneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Dezember 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 6/136 = Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr

zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in Invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 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

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 vielmehr 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. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise

begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.6

Der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit . c ATSG). Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sor gen. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisfüh rungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen geblie benen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrund satzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zu mindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 31. Januar 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Dezember 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung mit Wirkung ab 1. August 2006 zu zusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. März 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 13. März 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der rentenverneinenden Verfügung (Urk. 2) da von aus, dass gemäss Gutachten vom 6. Januar 2016 aktuell kein invalidisieren der Gesundheitszustand vorliege. Der Grund des Zusammenbruchs

im Som mer 2006 beruhe auf invaliditätsfremde n psychosoziale n Gründe n (S. 1). Ferner seien keine medizinischen Berichte für den Zeitraum von Mai 2008 bis Februar 2015 aktenkundig. Darüber hinaus hätten sehr wohl noch Therapieoptionen bestanden, weshalb eine Therapieresistenz nicht ausgewiesen sei. Insgesamt sei kein invali disierender Gesundheitsschaden ausgewiesen (S. 2 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, die vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge einer psychischen Erkrankung sei in den Jahren 2006 bis 2008 mehrfach eingehend fachärztlich abgeklärt worden (S. 5). Ferner sei er durch ein Strafverfahren, welches sich zuletzt als ungerechtfertigt erwiesen habe, während mehrerer Jahre in seiner Exis tenz grundlegend erschüttert worden. Es habe auch dazu geführt, dass die psychischen Beschwerden aufrechterhalten worden seien, worunter die Beschwerde gegnerin als Straflägerin eine Mitschuld trage. Die entsprechend erlittene Belas tung könne nicht als psychosozialer Faktor aus der Invaliditätsbeurteilung aus geklammert werden (S. 9 f.). Für das Fehlen von aussagekräftigen medizinischen

Unterlagen für die Zeit von Mai 2008 bis August 2015 sei aufgrund der Untersuchungsmaxime die Beschwerdegegnerin verantwortlich (S. 11 f.). Schliesslich sei das eingeholte Gutachten vom Januar 2016 nicht beweistauglich, da die medizinischen Unterlagen nicht vollständig seien (S. 12 f.), und er habe die therapeutischen Optionen optimal ausgeschöpft, was auch der RAD so gesehen habe (S. 14 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund psychischer Beschwerden. 3. 3.1

In den Akten finden sich folgende relevante medizinische Berichte: 3.2

Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 11. Januar 2007 dem vertrauensärztlichen Dienst der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/14/21-22). Er führte aus, seit dem 31. August 2006 befinde sich der Beschwerdeführer in Behandlung. Zuvor habe er seit vielen Jahren an einer Panikstörung mit Agoraphobie gelitten. Zuletzt sei er am 25. Oktober 2005 in einer Konsultation gewesen (Ziff. 1). Aktuell leide der Beschwerdeführer an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) bei remittierter Panikstörung mit Agoraphobie, eventuell begünstigt durch Nikotinabstinenz (Ziff. 3). Es liege eine schwere depressive Verstimmung mit Antriebsverlust, schweren Durchschlafstörungen und Früherwachen, bleierne Müdigkeit, Anhedonie, schwere Konzentrationsstörungen, starke Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, weitgehendster sozialer Rückzug (auch inner halb der Familie), Suizidgedanken und psychomotorische Verlangsamung vor (Ziff. 2). Seit anfangs August 2006 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 7) bei grundsätzlich mittel- und längerfristiger guter Prognose (Ziff. 9). 3.3

Am 2. Februar 2007 erstattete Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Pharmazeutische Medizin und Neurologie, ein e im Auftrag der Krankentaggeldversicherung konsiliarische Beurteilung (Urk. 6/14/16-20). Er bestätigte den bereits von Dr. Y.____ erhobenen psychopathologischen Befund unter Verneinung von Zeichen der Aggravation. Es bestehe eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10-F32.2), die bereits im Abklingen begriffen, aber noch nicht vollständig remittiert sei (S. 2 f.). Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner depressiven Erkrankung derzeit vollständig arbeitsunfähig. Die Genesung sei noch nicht vollständig und die Rückfallgefahr gerade in der Phase einer abklingenden Depression immer noch als hoch zu bewerten. Ab Mai 2007 wäre der Beschwerdeführer nach heutiger Einschätzung mutmasslich wieder teilweise (25 %) und ab Juli 2007 wieder vollständig arbeitsfähig. Eine konsequente fachpsychiatrische Behandlung sei auch in Zukunft erforderlich (S. 3). 3.4

Dr. med. A.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, nannte in ihrem Bericht vom 17. September 2007 (Urk. 6/15) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikales Beschleunigungssyndrom bei Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS) durch Auffahrkollision vom 7. März 2007 sowie eine Depression (Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer stehe seit 1995 zeitweise wegen einer oberen Sprunggelenks-Arthrose so wie einem lumbalen Schmerzsyndrom in Behandlung. Durch das Unfallereignis vom März 2007 seien die lumbalen Rückenschmerzen aktiviert worden, vorwiegend bei Bewegung und Belastung. Insbesondere seien längeres Stehen und Sitzen nicht möglich (Ziff. 4.3 ff.). Aus rheumatologischer Sicht bestehe ab 8. März 2007 eine vollständige, ab 16. Juli 2007 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Ziff. 3). 3.5

Der behandelnde Arzt Dr. Y. ___ berichtete am 12. September 2007 der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/16/7-10). Er nannte als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, sicher seit 1. August 2006 sowie Folgen einer Auffahrkollision mit Distorsionstrauma der HWS und starken lumbalen Schmerzen am 7. März 2007 (Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer werde in regel mässigen wöchentlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsultationen behandelt (Ziff.4.1). Die physischen Ressourcen seien durch die Folgen der Auffahrkollision limitiert. Zwar könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden, aktuell seien Konzentrations-, Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit nach wie vor wesentlich eingeschränkt durch die noch zumindest mittelschwere depressive Symptomatik (Ziff. 6.1). Bis auf Weiteres sei dem Beschwerdeführer keine Berufstätigkeit zumutbar, auch nicht in einer behinderungsgangepassten Tätigkeit (Ziff. 6.2). 3.6

Dem Informationsschreiben von Dr. Y. ___ an seine Ferienvertretung, PD Dr. med. B. ___ , vom 8. Februar 2008 (Urk. 6/21) lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer nach wie vor eine zumindest mittelschwere neuropsychologische Beeinträchtigung von Konzentration, Konzentrationsspanne, intellektueller Kapazität und auffallende mnestiche Störungen im Vordergrund stünden. Des Weiteren liege nach wie vor eine mittelschwere bis schwere depressive Verstimmung mit emotionaler Leere, einem ausgeprägten Gefühl der Gefühllosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung vor. Ebenso bestehe eine massiv erhöhte Ermüdbarkeit und eine Aktivitätseinschränkung. Es bestehe eine partiell therapieresistente, lang dauernde, mittelgradige bis gelegentlich schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.11) und einen Status nach Panikstörung mit Agoraphobie (S. 2). 3.7

Die Krankentaggeldversicherung liess den Beschwerdeführer am 26. Februar 2008 psychiatrisch bei Dr. med. C. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, explorieren. Im Gutachten vom 21. April 2008 (Urk. 6/28) gelangte der Arzt gestützt auf die ihm vorgelegten Akten und seinen eigenen Erhebungen zur Beurteilung, dass beim Beschwerdeführer aktuell immer noch eine depressive Symptomatik vorliege, wenngleich sich diese weniger in der Stimmungslage, als viel mehr im Desinteresse, der Freudlosigkeit und der Antriebslosigkeit äussere. Im Vergleich zu früheren Berichten habe sich diese Symptomatik doch ziemlich gebessert, sodass derzeit von einer mittelgradigen Depression (ICD-10 F32.1) aus gegangen werden könne. Anscheinend sei auch ein geeignetes Antidepressivum gefunden worden (S. 12). Um die Behandlung zu intensivieren und den Beschwerdeführer aus seinem Umfeld, welches immer wieder belastende Momente enthalte, herauszulösen, sei eine Hospitalisierung in einer psychosomatisch orientierten Klinik sinnvoll. Der bisherige Verlauf der doch recht schweren Depression lasse die Hoffnung zu, dass in einigen Monaten mit einer weiteren Verbesserung des Zustandsbildes gerechnet werden könne, wobei der doch schon über eineinhalb Jahre andauernde Verlauf den diesbezüglichen Optimismus etwas dämpfe. In seiner Funktion als selbständiger Unternehmer einer Wirtschaftsberatungsfirma dürfe die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers derzeit immer noch um 80 % liegen. Jedoch könne die Hoffnung gehegt werden, dass nach der vorgeschlagenen psychosomatischen Hospitalisation auch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, wobei eher an eine ruhigere Position, allenfalls im Angestelltenverhältnis und in einer zumutbaren Verweistätigkeit – etwa in einer Verwaltung oder ähnliches – zu denken sei (S. 13). 3.8

Am 4. April 2008 wurde der Beschwerdeführer von den RAD-Ärzten PD Dr. med. univ. D.____, Facharzt für Neurologie, und PD Dr. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Prävention und Gesundheitswesen, untersucht. Die Ärzte diagnostizierten in ihrem Bericht vom 22. April 2008 (Urk. 6/26) gestützt auf die Akten und die Untersuchung eine schwere depressive Störung mit Status nach Angststörung sowie als Nebendiagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Schienbeinverletzung rechts sowie eine Parodontose (Ziff. 12). Sie führten aus, ohne fassbaren Auslöser habe sich im Sommer 2006 plötzlich eine massive Depression entwickelt. In der gegenwärtigen Untersuchung bestehe nach wie vor eine ausgeprägte depressive Störung mit massiv gedrückter Stimmung, generellem Interessensverlust, weiterhin Anhedonie und deutlicher Einschränkung des Antriebs mit erhöhter Ermüdbarkeit. Die mentale Leistungsfähigkeit befinde sich nach wie vor weit unter dem prämorbidem Niveau, es bestünden verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit. Die Aktivitäten des täglichen Lebens seien nach wie vor deutlich eingeschränkt, die Sozialkontakte fast ausschliesslich auf die Familie und auf therapeutische Beziehungen eingeschränkt. Eine Schlafstörung müsse hochpotent behandelt werden (Ziff. 13). Angesichts der nach wie vor bestehenden ausgeprägten depressiven Symptomatik sei von weiterhin 100 % Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit auszugehen, dies seit 31. August 2006. Die Auflegung einer Schadenminderungspflicht sei bei der regelmässig und intensiv laufenden psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung nicht erforderlich. Eine Revision sollte in einem Jahr erfolgen (Ziff. 14). 3.9

Dr. Y.____ berichtete am 14. Februar 2015 (Urk. 6/98) über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Er nannte als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere bis schwere depressive Episode ohne psychische Symptome (ICD-10 F33.2), sicher seit 1. August 2006, in der Intensität schwankend, seit Herbst 2014 wieder ausgeprägter

unter zunehmender Belastung durch die verschiedenen Verfahren. Differentialdiagnostisch vermute er eine bipolare Störung (ICD-10 F31.8). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Status nach Auffahrkollision mit HWS-Distorsion und lumbalen Schmerzen 2007, wobei der Beschwerdeführer seit einigen Jahren vollständig beschwerdefrei sei (Ziff. 1.1). Die Behandlung erfolge seit dem 13. August 2006, nichtfrequent bis weiterhin (Ziff. 1.2). Der Gesundheitszustand sei im Wesentlichen unverändert. Gegen Ende 2014 habe sich eine verstärkte depressive Symptomatik mit Verzweiflung, Weinkrämpfen usw., wahrscheinlich im Zusammenhang mit der weitergehenden sozialen Vereinsamung und unter Druck der Verfahren gezeigt. Der Beschwerdeführer werde nie mehr in seiner angestammten Berufsfunktion arbeitsfähig werden (Ziff. 1.4). Seit 1. August 2006 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Unternehmensberater (Ziff. 1.6). 3.10

Das Gutachten der Ärzte der MEDAS F.____ vom 6. Januar 2016 (Urk. 6/124/1-31) basiert auf einer internistischen, einer psychiatrischen, einer rheumatologischen und einer neuropsychologischen Untersuchung sowie den vorhandenen Akten (vgl. S. 2). Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 28 Ziff. 4.1): - klinisch aktivierte sekundäre Sprunggelenksarthrose mit/bei - Status nach Motorradunfall vor Jahrzehnten

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, wurden genannt (S. 28 f. Ziff. 4.2): - Status nach depressiver Episode

(ICD-10 F32) - leichtes lumbales Schmerzsyndrom - Status nach HWS-Distorsionstrauma infolge Auffahrkollision am 7. März 2007 - distrekter Knick-Senk-Spreizfuss beidseits - leichte Minderleistung in verbal-mnestischen und exekutiven Teilbereichen Aus psychiatrischer Sicht sei es nicht mit der in der Versicherungsmedizin geforderten Wahrscheinlichkeit möglich gewesen, eine Aussage über einen invalidisierenden Gesundheitsschaden aufgrund einer psychischen Erkrankung zu

machen. Es bestehe jedoch sicher ein Status nach depressiver Episode. Eine sichere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Unternehmensberater sei deshalb nicht möglich. Abgestützt auf die aktuellen klinischen Befunde, die psychiatrische Untersuchung und den Mini-ICF-APP-Bogen sei die Beurteilung des behandelnden Arztes Dr. Y.____, wonach eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit August 2006 bestehe, nicht nachvollziehbar. Es müsse von einer Teilarbeitsfähigkeit ausgegangen werden, welche aber aufgrund fehlender Kenntnisse über die ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers in den letzten Jahren nicht quantifizierbar sei (S. 28 oben). In rheumatologischer Hinsicht bestehe eine klinisch aktivierte sekundäre Sprunggelenksarthrose. Jegliche körperlich leichte Tätigkeiten unter Beachtung der Einschränkungen betreffend Sprunggelenksarthrose seien ohne Leistungseinschränkung zumutbar. Für Tätigkeiten im kaufmännischen Bereich bestehe weder in zeitlicher noch in leistungsmässiger Hinsicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 28 Mitte). Der Neuropsychologe habe vor dem Hintergrund einer schwankenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft und Hinweisen auf eine Symptomverdeutlichungstendenz leichte Minderleistungen in verbal-mnestischen und exekutiven Teilbereichen festgestellt (S. 28 Mitte). Zusammenfassend könne aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht die Höhe der Teilarbeitsfähigkeit nicht mit der in der Versicherungsmedizin notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit quantifiziert werden, da ebenso wenig ein invalidisierender Gesundheitsschaden aufgrund einer psychischen Erkrankung mit geforderter Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden könne. Aus rheumatologisch und allgemein-medizinischer Sicht bestehe angestammt wie auch in einer Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es seien körperlich leichte Tätigkeiten unter Berücksichtigung einer deutlichen Minderbelastbarkeit des rechten Unterschenkels und insbesondere der rechten Knöchelregion zumutbar. Es könnten keine körperlichen Schwerarbeiten, wie auch keine Tätigkeiten die verbunden seien mit häufigem Gehen und Stehen zugemutet werden, insbesondere keine Tätigkeiten auf Dächern und Gerüsten (S. 29 Ziff. 5.1). Gemäss medizinischer Akten scheine eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Zeitphase August 2006 bis April 2008 ausgewiesen, wobei anzumerken sei, dass sich die medizinischen Berichte vor allem auf die Angaben des Beschwerdeführers abstützten. Den Berichten von Dr. C.____ und Dr. Z.____ sei gemeinsam, dass von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde. In allen medizinischen Berichten fänden sich keine Angaben zum prämorbidem Leistungsniveau des Beschwerdeführers. Der Krankheitsverlauf sei ab April 2008 bis Herbst 2014 in den Akten medizinisch nicht dokumentiert. Deshalb können keine Angaben zur Arbeitsunfähigkeit in diesem Zeitraum gemacht werden. Aus rheumatologischer Sicht sowie auch aus allgemein-internistischer Sicht habe nie eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 30 Ziff. 5.4). 3.11

RAD-Arzt dipl. med. G.____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Beurteilung vom 25. Januar 2016 (Urk. 6/130/13-14) das eingeholte MEDAS-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.10) für beweistauglich. Gemäss den

medizinische Akten sei von August 2006 bis April 2008 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit auszugehen. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in ihrer Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das MEDAS-Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.10) und die Stellungnahme ihres Rechtsdienstes vom 25. November 2016 (Urk. 6/135/3-4) das Vorliegen eines aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevanten Gesundheitsschadens (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Die somatischen Beschwerden, namentlich die Sprunggelenksarthrose, sind für den Beschwerdeführer aus gutachterlicher Sicht nicht leistungseinschränkend (vgl. vorstehend E. 3.10). Aus somatischer Sicht ist damit kein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen, was auch vom Beschwerdeführer selbst explizit anerkannt wurde (Urk. 1 S. 5 Ziff. 7). 4.3

4.3.1

Damit verbleibt die Prüfung eines Gesundheitsschadens in psychiatrischer Hinsicht. 4.3. 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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In je dem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

4.3.3

Gemäss

BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April

2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

4.3.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE

141

V

281

E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) 4.3.5

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

4.3.6

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

; Urk. 6/65 S. 5) , was im Widerspruch steht mit den diagnostischen Leitlinien einer mittelgradigen depressiven Störung, bei welcher ein Patient nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen kann (Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Aufl., 2015, S. 173) . Bestätigt wird diese Annahme auch durch die Ausführung des behandelnden Arztes Dr. Y.____ , welcher im Februar 2015 von einer niederfrequenten Behandlung be richtete (vgl. vorstehend E. 3.9), was zusammen mit der oben genannten Tatsache, dass der Beschwerdeführer bisher auf die Inanspruchnahme von stationären therapeutischen Optionen verzichtet hat ,

auf einen geringen Leidensdruck schliessen lässt (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) .

Nach dem Gesagten ist es daher überwiegend wahrscheinlich, dass - verglichen mit dem Gesundheitszustand im April 2008 - bei leitliniengerechter Therapie und unter Ausklammerung von psychosozialen Belastungsfaktoren ab Mai 2008 von einer revisionsrechtlich relevanten Verbesserung hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes ausgegangen werden kann

(vgl. vorstehend E. 1.4). 4.10

Für die Zeitspanne Februar 2015 bis zum Erlass der Verfügung im Dezember 2016 ist auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 6. Januar 2016 (vgl. vorstehend E. 3.10) abzustellen, welches die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich erfüllt. Die Gutachter legten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, dass beim Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine klinisch aktivierte Sprunggelenksarthrose besteht, die aber nur für schwere körperliche Tätigkeiten einschränkend ist und keine Auswirkungen auf kaufmännische Tätigkeiten zeitigt.

Aus psychiatrischer Sicht überzeugt die gutachterliche Beurteilung eben falls in dem Sinne, als festgestellt wurde, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden (mehr) besteht . Die vom Neuropsychologen festgestellten leichten Minderleistungen in verbal-mnestischen und exekutiven Teilbereichen wurden vor dem Hintergrund einer schwankenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie unter Hinweisen auf eine Symptomverdeutlichungstendenz erhoben und vermögen an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern. 4.11

In Bezug auf den Bericht des behandelnden Dr. Y.____ vom 14. Februar 2015 (vgl. vorstehend E. 3.9) ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E 3b/cc). So legte Dr. Y.____ in seinem Bericht nicht näher dar, weshalb der Beschwerdeführer durchgehend seit August 2006 vollständig arbeitsunfähig gewesen sein soll. Der Bericht von Dr. Y.____ vermag daher

nichts am Beweiswert des MEDAS-Gutachtens zu ändern, zumal der behandelnde Arzt auch keine weiteren Berichte eingereicht hat. 4.12

Nach der Würdigung der medizinischen Akten für die Zeitspanne

von Februar 2015 bis Dezember 2016 ist ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer im Beurteilungszeitpunkt, also bei Verfügungserlass, kein Gesundheitsschaden ausgewiesen ist, der eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit begründen kann. Vielmehr ist aufgrund der überzeugenden, nachvollziehbaren und ausführlich begründeten Einschätzung der Gutachter davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit sowohl im kaufmännischen Bereich als auch in einer angepassten Tätigkeit vorliegt.

Da die MEDAS-Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nachvollziehbar und schlüssig verneinten, kann für die Zeitspanne ab Februar 2015 auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281

verzichtet werden (vgl. vorstehend E. 4.3. 4). 4.13

Zusammenfassend ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit der medizinische Sachverhalt dahingehend als erstellt zu betrachten, dass für den Zeitraum von August 2006 bis April 2008 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in allen Tätigkeiten bestand, hernach sich aber eine, aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevante, gesundheitliche Verbesserung einstellte, welche bis zum Verfügungszeitpunkt im Dezember 2016 andauerte. 5.

Fest steht, dass sich der Beschwerdeführer am 27. August 2007 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet hatte und die einjährige Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (in Kraft seit 1. Januar 2008) beziehungsweise Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in Kraft gestanden bis 31. Dezember 2007) am 6. August 2006 zu laufen begann und am 31. Juli 2007 endete. Bis 31. Dezember 2007 galt Folgendes: Der Rentenanspruch nach Artikel 28 entsteht frühestens in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherte unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen war. Die Rente wurde vom Beginn des Monats an ausgerichtet, in dem der Anspruch entsteht, jedoch frühestens von jenem Monat an, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 lit. b und Abs. 2 Satz 1 IVG). Nach dem Grundsatz, wonach bei einer Änderung der Rechtsgrundlagen diejenigen Gesetzesbestimmungen massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechts folgenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E 3.1.1), hat der Beschwerdeführer in Anwendung der zitierten altrechtlichen Bestimmung von Art. 29 IVG ab dem 1. August 2007 bis Ende Juli 2008 (gesundheitliche Verbesserung ab April 2008 zuzüglich drei Monate gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. 6.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung deshalb dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. August 2007 bis zum 31. Juli 2008 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 7. 7.1

Da es im vorliegenden Verfahren 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. 900.-- anzusetzen.

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Nachdem der Beschwerdeführer die Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente ab 1. August 2006 verlangt hat (Urk. 1), ihm indessen vom 1. Juli 2007 bis 31. Juli 2008 eine befristete ganze Rente zuzusprechen ist, unterliegt er im hiesigen Verfahren in einem wesentlichen Umfang. Entsprechend sind die Gerichtskosten zu zwei Dritteln dem Beschwerdeführer und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin

aufzuerlegen (vgl. dazu § 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 106 Abs. 2 der Schweizerischen Zivilprozessordnung). Die zur Parteientschädigung ergangene bundesgerichtliche Rechtsprechung zum „Überklagen“ ist nicht auf die Verteilung der Gerichtskosten im kantonalen Verfahren übertragbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 f.).

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Obwohl dem Begehren

des Beschwerdeführers auf Zusprache einer ganzen unbefristeten Rente nur teilweise entsprochen wurde, hat sein „Überklagen“ den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst. Von einer Kürzung der Prozessentschädigung ist damit abzusehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Unter Berücksichtigung der vorgenannten Kriterien wird die Prozessentschädigung beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgelegt. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Dezember 2016 dahingehend abgeändert, dass der Beschwerdeführer vom 1. August 2007 bis 31. Juli 2008 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden zu Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer und zu Fr. 300.-- der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Volker Pribnow - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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
Mosimann
Brühwiler

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