

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00696 vom 9. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00696

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00696 du 9 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00696 del 9 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1969 geborene X.____ meldete sich am 5. September 2016 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf eine schwere Erschöpfungsdepression bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 5/1). Diese führte ein Standortgespräch durch (Urk. 5/3) und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 5/7, 5/13). Zudem holte sie einen Arbeitgeberbericht ein (Urk. 5/11). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) am 3. Februar 2017 Stellung genommen hatte (Urk. 5/15 S. 3), verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 22. Mai 2017 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2 [= 5/22]).

E. 1.1

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

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein 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 jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen 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).

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls 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, wel che Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funkti onelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medi zinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmetho den können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allge meinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Unter suchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – ge - wissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden ha - ben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wer tung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie wür digen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgeri chts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Ver fahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden

berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

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

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 14. Juni 2017 Beschwerde beim hiesigen Sozialversicherungsgericht und beantragte sinngemäss, ihm sei eine Rente zuzusprechen (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. September 2017 angezeigt wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, die Abklärungen hätten gezeigt, dass der Versicherte seit Mai 2016 wieder vollständig arbeitsfähig sei, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend, er sei seit dem 4. Februar 2016 arbeitsunfähig. Er habe stationär behandelt werden müssen und sei nun in ambulanter Behandlung, was zeige, dass er keiner Arbeit mehr nachgehen könne (Urk. 1).

E. 3.1

Im Bericht der Y.____ vom 18. April 2016 wurden folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 5/13 S. 14): - schwere depressive Episode (ICD-10: F 32.2) - gemischte Hyperlipidämie (ICD-10: E 78.2)

Der Patient sei allseits orientiert, zugewandt und freundlich. Affektiv sei er deutlich gedrückt. Hinweise auf kognitive oder mnestiche Funktionseinschränkungen lägen nicht vor. Auch formale oder inhaltliche Denkstörungen, Ich-Störungen, Halluzinationen oder Zwänge seien nicht eruierbar (Urk. 5/13 S. 16).

Der Patient werte seinen Aufenthalt als sehr hilfreich, stabilisierend und Gewinn bringend. Objektiv könne bezüglich der depressiven Symptomatik von einer Vollremission gesprochen werden. Die psychische Stabilität sei jedoch aktuell noch labil, weshalb eine ambulante Behandlung notwendig erscheine (Urk. 5/13 S. 22).

E. 3.2

Im Bericht des behandelnden Psychiaters, med. pract. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Mai 2016 wurde folgende Diagnose genannt (Urk. 5/7 S. 6): - schwere depressive Episode (ICD-10: F 32.1)

Der Patient befinde sich seit dem 1. März 2016 in ambulanter Behandlung. Er berichte über eine seit einem Jahr zunehmende Verschlechterung seines psychischen Zustandes. Auslöser sei eine seit längerem bestehende berufliche Überforderung (Urk. 5/7 S. 6).

Der Patient sei allseits orientiert. In der Stimmung wirke er deprimiert, im Affekt labil. Im formalen Denken sei er auf die aktuelle Problematik eingeengt. Aufmerksamkeit und Konzentration seien reduziert (Urk. 5/7 S. 6).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, diese könne im weiteren Verlauf beurteilt werden (Urk. 5/7 S. 7).

E. 3.3

Im Bericht des med. pract. Z.____ vom 5. Januar 2017 wurde folgende Diagnose aufgeführt (Urk. 5/13 S. 33): - bipolare affektive Störung, gegenwärtig depressive Episode (ICD-10: F 31.3)

Der Patient sei allseits orientiert. Die Stimmung sei wechselhaft. Im Affekt wirke er labil. Das formale Denken sei auf die aktuelle Problematik eingeengt. Aufmerksamkeit und Konzentration seien reduziert, das Gedächtnis sei intakt (Urk. 5/13 S. 32).

Die therapeutischen Bemühungen hätten zu einer langsamen Stabilisierung der Stimmungslage, zur Zunahme des Antriebs sowie der Aktivität und zur Verbesserung der Schlafqualität geführt. Die Arbeitsfähigkeit könne im weiteren Verlauf beurteilt werden. Eine Wiederaufnahme der Tätigkeit, beispielsweise mit einem Pensum von 25 %, sei im Frühjahr 2017 denkbar (Urk. 5/13 S. 33).

E. 3.4

Am 6. Februar 2017 nahm der RAD Stellung und führte aus, wie aus dem Bericht der Y.____ vom 18. April 2016 hervorgehe, habe der stationäre Aufenthalt zu einer vollständigen Remission der depressiven Symptomatik geführt. Daher sei der Versicherte seit der Entlassung aus der Klinik vollständig arbeitsfähig. Nicht nachvollziehbar sei die Einschätzung des behandelnden Psychiaters, der lediglich von einer Teilarbeitsfähigkeit ausgehe (Urk. 5/15 S. 3).

E. 4

Der RAD-Arzt stütze sich bei seiner Beurteilung auf den Bericht der Y.____ vom 18. April 2016. In diesem wird überzeugend ausgeführt, dass die Therapien erfolgreich durchgeführt werden konnten und zu einer vollständigen Remission der depressiven Symptomatik führten (Urk. 5/7 S. 15-16). Nicht nachvollziehbar erscheint demgegenüber, weshalb der behandelnde Psychiater in seinem Bericht vom 2. Mai 2016 nach wie vor eine schwere depressive Episode beschrieb (Urk. 5/7 S. 6). Dabei liess er nicht nur den Bericht der Y.____ unberücksichtigt, sondern unterliess es auch, seine Diagnosestellung mit den erhobenen Befunden zu begründen. Auch sein Folgebericht vom 5. Januar 2017 vermag nicht zu überzeugen. So nannte er trotz praktisch identischer Befunde eine andere Diagnose, ohne jedoch darzulegen, weshalb er von seiner früheren Einschätzung abwich. In beiden Berichten kam er überdies zum Schluss, er könne die Arbeitsfähigkeit des Versicherten erst im weiteren Verlauf beurteilen. Auch aus diesem Grund eignen sich die Berichte nicht, eine

langdauernde Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zu belegen. Zu berücksichtigen ist überdies, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung das sogenannte «Burnout-Syndrom», welches bei Personen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen in psychosozialen Belastungssituationen auftreten kann, keiner Erkrankung im Sinne der anerkannten internationalen Klassifikationssysteme entspricht (Urteil des Bundesgerichts 8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.3, vgl. auch Urteile 9C_645/2015 vom 3. Februar 2016 E. 4.1 und 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Die IV-Stelle folgte daher zu Recht der Einschätzung des RAD-Arztes und ging davon aus, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 500.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Hurst
Curiger

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