

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00698 vom 29. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00698

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00698 du 29 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00698 del 29 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1983 geborene X.____ hat keine berufliche Ausbildung absolviert und war zuletzt vom 1. Januar 2012 bis 4. Mai 2013 (letzter effektiver Arbeitstag) bei Y.____ als Schichtkoordinator angestellt (Urk. 6/2/4, 6/7 f.). Am 17. Dezember 2013 meldete er sich unter Hinweis auf Panikattacken, Angstzustände, Schlafstörungen, Nervosität und Selbstgespräche bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst einem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 6/7) insbesondere einen Arbeitgeberbericht (Urk. 6/8), Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 6/13) sowie einen Arztbericht ein (Urk. 6/24/6 ff.). Mit Schreiben vom 25. September 2014 (Urk. 6/35) teilte sie dem Versicherten mit, dass sie die Kosten für ein Belastbarkeitstraining bei der Z.____ vom 29. September bis 28. Dezember 2014 übernehme. Für diesen Zeitraum wurden dem Versicherten ausserdem Taggelder zugesprochen (Urk. 6/38). Nach Eingang von Berichten der behandelnden Ärzte (Urk. 6/41, 6/44) und der Z.____ (Urk. 6/45) stellte die IV-Stelle das Belastbarkeitstraining mit Verfügung vom 12. Dezember 2014 (Urk. 6/46) - wie zuvor mittels Vorbescheid angekündigt (vgl. Urk. 6/41) - per 13. Oktober 2014 ein, da die Zwischenziele der Massnahme nicht erreicht worden seien. Nach Eingang weiterer ärztlicher Stellungnahmen (Urk. 6/53, 6/60 ff.) gab die IV-Stelle sodann bei Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 7. Juli 2015 vorgelegt wurde (Urk. 6/63). Mit Vorbescheid vom 18. November 2015 (Urk. 6/73) stellte sie dem Versicherten die Zusprechung einer befristeten ganzen Rente für den Zeitraum vom 1. Juni 2014 bis 31. Juli 2015 in Aussicht, wogegen dieser Einwand erhob (Urk. 6/76, 6/88). Aufgrund weiterer ärztlicher Berichte (Urk. 6/90, 6/92) ersuchte die IV-Stelle Dr. A.____ um Beantwortung mehrerer Ergänzungsfragen (Stellungnahme vom 19. September 2016, Urk. 6/98). Der Versicherte reichte hierzu wiederum einen Bericht der behandelnden Ärzte ein (Urk. 6/102 f.). Am 17. Mai 2017 verfügte die IV-Stelle schliesslich im angekündigten Sinne (Urk. 6/112 = Urk. 2).

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 Leistung 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. 1.4

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 Gesundheitschädigung 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. zur Publikation in der Amtlichen Sammlung bestimmtes Urteil des Bundesgerichts 8C_409/2017 vom 21. März 2018 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).

E. 1.5

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. 1.6

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

E. 2

Dagegen erhob X. ___ am 19. Juni 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei insofern aufzuheben, als ihm keine unbefristete ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen worden sei. Eventualiter sei der angefochtene Entscheid aufzuheben, ein gerichtliches psychiatrisches Gutachten einzuholen und über den Rentenanspruch neu zu befinden. Subeventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. August 2017 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle die Androhung einer reformatio in peius und eventualiter die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 17. November 2017 (Urk. 11) hielt der Versicherte an seinen Anträgen fest und reichte einen weiteren Arztbericht ein (Urk. 12). Die IV-Stelle

verzichtete in der Folge mit Eingabe vom 30. November 2017 (Urk. 14) auf eine Duplik und hielt ebenfalls an ihren Rechtsbegehren fest. Mit Verfügung vom 22. Februar 2018 (Urk. 16) wurde den Parteien die Möglichkeit eröffnet, zur Praxisänderung des Bundesgerichts in Bezug auf die invalidisierende Wirkung psychischer Leiden Stellung zu nehmen. Die jeweiligen Eingaben vom 14. März respektive 6. April 2018 (Urk. 18 und 20) wurden den Parteien mit Schreiben vom 10. April 2018 (Urk. 21) gegenseitig zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Zusprechung der befristeten ganzen Rente im Wesentlichen damit, dass der Versicherte ab Mai 2013 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen sei. Bis Juli 2015 sei ihm die Ausübung einer Erwerbstätigkeit invaliditätsbedingt weitgehend verwehrt geblieben. Die Anmeldung zum Leistungsbezug sei am 17. Dezember 2013 eingegangen, weshalb in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab Juni 2014 Leistungen zuzusprechen seien. Gestützt auf die medizinische Beurteilung von Dr. A. ___ sei von einer Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung des Versicherten und den objektivierbaren Befunden auszugehen. Im Rahmen der Exploration hätten eine Verdeutlichungstendenz sowie ein leicht ausgeprägtes depressives Syndrom festgestellt werden können. Ab Juli 2015 bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Für angepasste Tätigkeiten ohne Leitungsfunktion, mit geringem Zeit- und Leistungsdruck sowie klar strukturierten Aufgaben sei keine relevante Erwerbsunfähigkeit attestiert worden. Ab August 2015 bestehe vor diesem Hintergrund kein Rentenanspruch mehr (zum Ganzen Urk. 6/106/2 f.).

E. 2.2

Der Versicherte stellte sich in seiner Beschwerdeschrift vom 19. Juni 2017 zusammengefasst auf den Standpunkt, die gutachterliche Beurteilung von Dr. A. ___ - namentlich die gestellte Diagnose einer anhaltenden depressiven Störung (ICD-10 F34.8) - vermöge angesichts der medizinischen Vorakten nicht zu überzeugen. Vielmehr sei von einer schweren oder zumindest mittelschweren depressiven Störung auszugehen (Urk. 1 S. 5 ff.). Aus dem Gutachten ergebe sich im Weiteren nicht, weshalb Dr. A. ___ auf ein inkonsistentes Verhalten beziehungsweise eine Verdeutlichungstendenz geschlossen habe. Auch dessen Behauptung, die psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungen seien suboptimal durchgeführt worden, sei nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 10 f.). Im Übrigen erweise sich die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als widersprüchlich. Es sei wegen der schweren depressiven Störung mit psychotischen Symptomen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 11 f.).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. August 2017 vertrat die IV-Stelle die Auffassung, entgegen den Ausführungen des Versicherten habe Dr. A. ___ sowohl die von ihm gestellte Diagnose, als auch die attestierte Arbeitsfähigkeit ausführlich und schlüssig begründet. Allerdings sei dem Versicherten zu Unrecht eine befristete ganze Rente zugesprochen worden. Dr. A. ___ habe zwar zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit ab Mai 2013 keine Stellung genommen. Er habe die von Seiten der behandelnden Ärzte postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit jedoch als nicht nachvollziehbar erachtet. Folglich sei kein dauerhafter invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen (Urk. 5 S. 2).

E. 2.4

Mit Replik vom 17. November 2017 (Urk. 11) betonte der Beschwerdeführer erneut, dass weder auf das Gutachten von Dr. A.____ vom 7. Juli 2015, noch auf dessen ergänzende Stellungnahme vom 19. September 2016 abgestellt werden könne. Auf der Grundlage der diversen ärztlichen Berichte sei eine schwere depressive Störung im Sinne von ICD-10 F32.3 ausgewiesen. Es bestehe Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung.

E. 2.5

Mit Schreiben vom 14. März 2018 (Urk. 18) teilte die Beschwerdegegnerin mit, dass auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung psychischer Leiden an den mit Vernehmlassung vom 7. August 2017 gestellten Anträgen festgehalten werde.

E. 2.6

Demgegenüber machte der Versicherte mit Stellungnahme vom 6. April 2018 geltend, Dr. A.____ habe sich bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht an den Standardindikatoren orientiert. Die Expertise erfülle die versicherungsmedizinischen Massstäbe nicht und sei nicht beweiskräftig. Daher sei losgelöst vom Gutachten eine Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens vorzunehmen. Im Ergebnis sei unter Berücksichtigung der Funktions- und Fähigkeitsstörungen sowie der praktisch nicht vorhandenen Ressourcen von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 20 S. 2 f.). 3. 3.1

Dem Bericht des B.____ vom 24. Juli 2014 ist die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) zu entnehmen. Der Versicherte habe seit April 2013 vermehrt über depressive Verstimmungen, Schlafstörungen, Müdigkeit, Antriebslosigkeit und sozialen Rückzug geklagt. Zudem leide er unter Nervosität, innerer Unruhe, zeitweisen akustischen Sinnes täuschungen, Panikattacken mit Zittern, Platzangst, Zukunftssorgen, Gedanken kreisen, verringertem Appetit und einem Verlust des Selbstvertrauens. Objektiv sei er bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Stimmung sei deprimiert, ängstlich und affektiv unkontrolliert gewesen. In der emotionalen Kontaktaufnahme habe sich der Versicherte abwartend und sachlich verhalten. Es seien leichte Anzeichen für psychotische Erlebnisweisen erkennbar gewesen. Kognitiv habe hinsichtlich Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis eine leichte Verlangsamung vorgelegen. Das Denken sei formal beweglich und inhaltlich problemorientiert gewesen. Sein Symptomenverhalten habe der Versicherte in Zusammenhang mit dem unerträglichen Druck am Arbeitsplatz und der Kündigung am 29. April 2013 geschildert. Zudem würden ihn die seltenen Kontakte zur Tochter und die Scheidung im Jahr 2012 belasten. Aufgrund der genannten Einschränkungen sei von einer verminderten Leistungsfähigkeit auszugehen. Seit dem 28. April 2013 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Mit einer Steigerung der Erwerbsfähigkeit könne jedoch gerechnet werden (Urk. 6/24/6 f.). 3.2

Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf einerseits von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und andererseits in der D.____ untersucht. In den Berichten vom 3. und 22. September 2014 wurde jeweils die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) gestellt (Urk. 6/44/5, 6/44/9). Gemäss D.____ sei aktuell nicht von einer psychotischen Störung auszugehen. Die Inhalte der verbalen und optischen Halluzinationen - Stimmen hören, Schlange im Zimmer - seien vom Versicherten sehr vage geschildert worden; gedanklich seien sie sehr wenig ausdifferenziert (Urk. 6/44/8 f.). In

Bezug auf den Psycho status des Beschwerdeführers wird in beiden Berichten insbesondere von einer eingeschränkten Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit berichtet. Zudem sei das formale Denken verlangsamt und auf die Lebenssituation eingengt gewesen. Im Weiteren hätten starkes Grübeln, Misstrauen, sowie Insuffizienz- und Schuldgefühle vorgelegen. Im affektiven Bereich seien namentlich eine schwer ausgeprägte Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Ängstlichkeit, Dysphorie, Gereiztheit und innere Unruhe feststellbar gewesen (Urk. 6/44/4 f., 6/44/8 f.). Dr. C. ___ attestierte bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit auf dem freien Stellenmarkt (Urk. 6/44/6). 3.3

Die Ärzte des B. ___ schlossen sich am 10. Februar 2015 der von Dr. C. ___ und der D. ___ gestellten Diagnose an. Der Versicherte sei affektiv deutlich instabil und nicht belastbar. Infolge massiver Schlafstörungen leide er an chronischer Übermüdung, Antriebslosigkeit sowie Schwierigkeiten in der Konzentration und Aufmerksamkeit. Aufgrund der intrapsychischen Fixierung und der sozialen Isolation habe die depressive Symptomatik bereits eine Chronifizierung erreicht. Der Beschwerdeführer verharre derzeit in einem resignativen, teilweise aggressiven psychischen Zustand. Bis auf Weiteres sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 6/53/1 f.). 3.4

Bei Status nach zweimaligen Synkopen unklarer Ätiologie, welche jeweils mit Stürzen auf den Kopf verbunden waren (vgl. Urk. 6/61), wurde der Versicherte am 13. April 2015 von Dr. med. E. ___, Fachärztin für Neurologie, untersucht. Er habe über praktisch täglich auftretende Kopfschmerzen mit druckartigem Charakter geklagt. An circa ein bis zwei Tagen pro Woche leide er unter starken Kopfschmerzen und müsse Schmerzmittel einnehmen. Es liege ein chronisch rezidivierendes zervikocephales Syndrom vor, wobei sich der Neurostatus völlig unauffällig dargestellt habe. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde seitens Dr. E. ___ nicht attestiert (Urk. 6/62). 3.5

Dr. A. ___ stellte in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 7. Juli 2015 folgende Diagnose (Urk. 6/63/15): - Anhaltende depressive Störung (ICD-10 F 34.8) - mit Status nach einem deklarierten Suizidversuch (Januar 2014), - mit Abhängigkeitssyndrom von Tabak (ICD-10 F17.2), - bei akzentuierten, emotional-expressiven Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), - bei vielfältigen sozialen Belastungen.

Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er nicht wisse, wie es ihm gehe. Er habe schon lange seine Beschwerden. Ab und zu erlebe er einen richtig schönen Tag, manchmal sei aber auch alles ganz schlecht. Er gehe spät ins Bett, schlafe dann unruhig und unregelmässig. Er habe Platzangst; viele Leute würden ihn nervös machen. Innerlich sei er unruhig und manchmal aggressiv. Er rede mit niemandem. Spontan habe der Versicherte geschildert, bedrohliche Stimmen zu hören. Die Angaben hierzu seien allgemein, vage, oberflächlich und ausweichend gewesen. Sterbewünsche und/oder Todesangst seien ausdrücklich verneint worden. Im Weiteren habe der Beschwerdeführer über häufige Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit und Schwindelgefühle geklagt (Urk. 6/63/6). Berufliche Pläne habe er nicht; er könne nicht sagen, weshalb er arbeitsunfähig sei. Es gehe innerlich nicht gut und er wolle einfach seine Ruhe haben. Gegenwärtig verbringe er seine Tage sehr strukturiert. So nehme er an den Angeboten der Tagesklinik teil. In seiner „Freizeit“ helfe er ein wenig im Haushalt mit, der jedoch fast voll ständig von seiner Mutter erledigt werde. Er treffe sich mit Kollegen und sei mit dem Fahrrad unterwegs sowie mit seinem Bruder aktiv (Urk. 6/63/8).

Hinsichtlich der objektiven Befunde hielt Dr. A.____ fest, dass der Versicherte wach und zu allen Qualitäten orientiert gewesen sei. In Bezug auf den Antrieb und die Psychomotorik - inklusive Mimik und Gestik - hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben. Das Gesprächsverhalten sei zögerlich, aber sozial angepasst gewesen. In der Interaktion habe der Explorand emotional expressiv gewirkt (theatralisch, dramatisierend). Eine Verdeutlichungstendenz habe sich gezeigt. Anhaltspunkte für formale oder inhaltlich Denkstörungen hätten sich nicht ergeben. Der Versicherte habe flüssig, sehr differenziert und gut strukturiert berichtet. Abgesehen von der ungenauen Nennung von Daten sei das Gedächtnis intakt gewesen. Im Affekt habe der Beschwerdeführer meist ernst sowie ängstlich, klagend, jammerig, moros und dystym, aber auch ruhig und moduliert gewirkt. Bei Gedanken an den Tod seines Vaters oder seine Insuffizienzgefühle habe er weinerlich reagiert. Über seine ehemalige Ehefrau habe er sich verärgert geäußert. Anlässlich der Untersuchung hätten sich keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl von Betäubtheit, emotionale Stumpfheit, auf Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, auf Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, auf vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und/oder eine übermässige Schreckhaftigkeit eruieren lassen. Ein affektiver Rapport sei gut zustande gekommen. Von Suizidalität habe sich der Versicherte distanziert (Urk. 6/63/13 f.).

Die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien gesamthaft leicht ausgeprägt. Mit Hilfe der MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale) habe ein leicht ausgeprägtes depressives Syndrom festgestellt werden können, bei dem der Anteil der subjektiv berichteten Items überproportional vertreten gewesen sei. Die wenig ausdifferenzierten subjektiven Hinweise auf akustische Wahrnehmungsstörungen („ Stimmen hören “) seien zur Kenntnis zu nehmen. Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sich kein korrespondierender objektiver Befund dazu ergeben. Die vormals dokumentierten flüchtigen und unspezifischen optischen Wahrnehmungsstörungen („ Schlange im Zimmer sehen “) seien nicht bestätigt worden. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass der Versicherte an einer anhaltenden depressiven Störung (ICD-10 F34.8) leide, die ab Mai 2013 zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Die definitionsgemässen Kriterien einer eigenständigen depressiven Episode seien jedoch nicht mehr erfüllt. Objektiv seien weder eine von den Umständen im Wesentlichen beeinflussbare Verstimmung, noch eine schwere Antriebsstörung vorhanden (Urk. 6/63/17-19). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht bestehe in Anbetracht der anhaltenden depressiven Störung in gegenwärtig objektiv leichter Ausprägung sowie der Minderung der persönlichen Ressourcen bei vielfältigen leistungs- und therapiehinderlich wesentlich bestimmenden sozialen Belastungen insgesamt eine geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die bislang ausgeübte Tätigkeit sei grundsätzlich weiterhin zumutbar und zurzeit zu einem 70%-Pensum möglich. Für angepasste Tätigkeiten ohne Leitungsfunktion, mit geringem Zeit- und Leistungsdruck sowie klar strukturierten Aufgaben könne keine relevante - mindestens 20%ige - Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Die in den Akten postulierte Arbeitsunfähigkeit könne nicht kritisch differenziert nachvollzogen werden. Es könne daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ab welchem Zeitpunkt allfällig bereits vor Juli 2015 die nun attestierte Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe (Urk. 6/63/21 f.). 3.6

Die Ärzte des B.____ äusserten sich mit Stellungnahme vom 29. Februar 2016 dahingehend, dass die Expertise von Dr. A.____ fehlerhaft sei, zumal insbesondere nicht alle im

Begutachtungszeitpunkt vorliegenden ärztlichen Berichte berücksichtigt worden seien (vgl. Urk. 6/92/2 ff.). Zudem seien die Beschwerden des Versicherten oberflächlich erfasst worden. Die von ihm gestellte Diagnose habe der Gutachter weder diskutiert noch beschrieben. Es sei vielmehr nach wie vor von einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) auszugehen. Insbesondere sei der Versicherte hinsichtlich Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis deutlich eingeschränkt. Zudem seien deutliche Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen wie Wahn respektive Verfolgungswahn vorhanden. An eine Arbeitstätigkeit sei vor diesem Hintergrund nicht zu denken, weshalb seit dem 28. April 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 6/90). 3.7

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. September 2016 hielt Dr. A.____ im Wesentlichen fest, die zwischenzeitlich vorgelegten ärztlichen Berichte seien nicht geeignet, eine Änderung der gutachterlichen Beurteilung zu begründen. Zum einen seien keine wesentlichen neuen Informationen dokumentiert worden. Zum anderen sei weitgehend auf die subjektive Einschätzung der versicherten Person abgestellt worden. Unklar bleibe des Weiteren die Einschätzung des Schweregrades der depressiven Symptomatik (Urk. 6/98/2 ff.). Dr. A.____ setzte sich ausserdem mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinander. So hielt er insbesondere fest, die objektiven psychopathologischen Befunde seien leicht ausgeprägt. Vielfältige soziale Belastungen würden sich leistungs- und the rapiehemmender wesentlich bestimmend auswirken. Die anhaltende depressive Störung sei deshalb (deskriptiv) als „ chronische Anpassungsstörung “ auf diese belastenden Faktoren einzuordnen (Urk. 6/98/6 f.). Die diagnostizierten akzentu ierten Persönlichkeitszüge würden nur eine sehr leichte Minderung der persö nlichen Ressourcen bewirken; die angemessene berufliche und soziale Lebensbe währung sei dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt (Urk. 6/98/9). Ferner erweise sich der soziale Kontext als objektiv und subjektiv geordnet (Urk. 6/98/10). Die therapeutischen Optionen seien bei Weitem nicht ausgeschöpft, wobei eine kri tische Reflexion der bislang genutzten psychotherapeutischen Interventionen anzuraten sei (Urk. 6/98/12). 3.8

Mit am 3. November 2016 bei der IV-Stelle eingegangenem Schreiben erklärten sich die Ärzte des B.____ wiederum nicht einverstan den mit den Ausführungen von Dr. A.____. Dessen Erhebung der objektiven Befunde bleibe vage und oberflächlich. Sie bilde keine geeignete Grundlage, um klinische Diagnosen zu stellen. Darüber hinaus verkenne der Gutachter nach wie vor das Vorliegen psychotischer Symptome, welche sämtliche Langzeitbehandler diagnostiziert hätten (Urk. 6/103/1). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Versicherten zu Recht für den Zeitraum vom 1. Juni 2014 bis 31. Juli 2015 eine befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen und den Rentenanspruch ab August 2015 verneint hat (vgl. E. 2.1 ff.). Bereits an dieser Stelle ist festzuhalten, dass in rein somatischer Hinsicht - soweit ersichtlich - keine Einschränkung der Arbeits fähigkeit geltend gemacht wird. Eine solche lässt sich denn auch den in diesem Zusammenhang einschlägigen medizinischen Akten nicht entnehmen (vgl. E. 3.4 sowie Urk. 6/60 ff.). Der angefochtene Entscheid basiert zur Hauptsache auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. A.____ vom 7. Juli 2015 (Urk. 6/63) und der ergänzenden Stellungnahme vom 19. September 2016 (Urk. 6/98). Zunächst ist daher auf den Beweiswert dieser fachärztlichen Beurteilung einzugehen.

Das Gutachten basiert auf umfassenden psychiatrischen Abklärungen und wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 6/63/2 f., 6/98/1). Der Beschwerdeführer

konnte gegenüber Dr. A.____ seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesem eingehend zu diversen Themenbereichen wie namentlich dem genauen Krankheitsverlauf befragt (Urk. 6/63/4 ff.). Die geklagten Leiden fanden sodann im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 6/63/15 ff., 6/98/15 f.). Darüber hinaus erfolgte eine ausführliche Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 6/63/9 ff., 6/63/15 ff. und 6/98/2 ff.). Insgesamt erfüllt das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ somit die praxisgemässen Kriterien bezüglich den Beweiswert medizinischer Expertisen (vgl. E. 1.6). 4.2

Zu prüfen ist, ob die vom Beschwerdeführer erhobenen Rügen die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters in Zweifel zu ziehen vermögen. So wird geltend gemacht, die von Dr. A.____ gestellte Diagnose einer anhaltenden depressiven Störung sei nicht korrekt mit ICD-10 F34.8 klassifiziert worden. Zudem sei gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte vielmehr von einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) auszugehen (Urk. 1 S. 6 ff.).

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend ist, sondern dessen konkreten Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4 mit Hinweis). Unabhängig davon hat Dr. A.____ angesichts der von ihm festgestellten objektiven Befunde (Urk. 6/63/13 f.) nachvollziehbar dargelegt, weshalb vorliegend von einer sonstigen anhaltenden affektiven- konkret depressiven - Störung (Urk. 6/63/19, 6/98/6) auszugehen sei. Der Versicherte lässt zum einen ausser Acht, dass die ICD-Klassifizierung F34.8 auch verschiedene Formen der Depression umfasst (vgl. Dilling/ Mombour/Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 184). Zum anderen wurde von Seiten des Gutachters eingehend aufgezeigt, weshalb die Voraussetzungen für eine eigenständige depressive Episode insbesondere mangels einer schweren Antriebsstörung sowie einer von den Umständen im Wesentlichen unbeeinflussbaren Verstimmung nicht (mehr) erfüllt seien (Urk. 6/63/18 f.). Er setzte sich in diesem Kontext detailliert mit den vorangegangenen Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinander. Namentlich hielt er fest, dass aufgrund der in den Berichten genannten objektiven Befunde zwar ein seit Mai 2013 bestehendes depressives Syndrom qualitativ zu erkennen sei, der diagnostizierte Schweregrad sowie die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit allerdings zumindest seit dem Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr nachvollzogen werden könnten (Urk. 6/63/9 ff., 6/63/15 ff., 6/63/27 f. und 6/98/2 ff.).

In diesem Zusammenhang ist ergänzend festzuhalten, dass behandelnde Arztpersonen respektive Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten ist daher nicht stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind

(Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Eben solche Anhaltspunkte ergeben sich aller dings insbesondere aus den als Reaktion auf das psychiatrische Gutachten eingereichten Stellungnahmen des B.____ nicht. Unter Bezugnahme auf den Bericht vom 29. Februar 2016 (Urk. 6/90) wies Dr. A.____ berechtigterweise auf Widersprüche in der Befunderhebung hin (Urk. 6/98/5). Hinsichtlich der von den behandelnden Ärzten wiederholt angeführten psychischen Symptomatik (vgl. Urk. 6/90/2, 6/103/1) ist dem Gutachter darüber hin aus beizupflichten, dass sich die Angaben des Beschwerdeführers zu den akustischen und optischen Wahrnehmungsstörungen als sehr vage und oberflächlich erweisen (Urk. 6/63/6, vgl. auch Urk. 6/44/9). Verschiedene optische Halluzinationen wie das Sehen von Geistern respektive Schatten oder Schlangen wurden zudem nur einmalig dokumentiert (Urk. 6/44/8, 6/90/2) und vom Versicherten anlässlich der Begutachtung verneint (Urk. 6/63/6, 6/63/8 Fn. 7).

Als Zwischenfazit kann nach dem Gesagten festgehalten werden, dass die Berichte der behandelnden Ärzte nicht geeignet sind, das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ in Frage zu stellen. Genauer einzugehen bleibt im Folgenden auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im langjährigen Verlauf und den damit zusammenhängenden Rentenanspruch. 5. 5.1

Mit angefochtener Verfügung vom 17. Mai 2017 (Urk. 2) hat die Beschwerdegegnerin dem Versicherten für den Zeitraum vom 1. Juni 2014 bis 31. Juli 2015 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. In der Folge vertrat sie mit Beschwerdeantwort vom 7. August 2017 (Urk. 5) jedoch die Auffassung, dies sei zu Unrecht erfolgt, weshalb dem Versicherten eine reformatio in peius anzudrohen sei.

Von der Möglichkeit der reformatio in peius ist zurückhaltend Gebrauch zu machen. Diese ist auf Fälle zu beschränken, in welchen der angefochtene Entscheid offensichtlich unrichtig und die Korrektur von erheblicher Bedeutung ist (BGE 142 V 337 E. 3.1 mit Hinweisen). Das Erfordernis der offensichtlichen respektive zweifellosen Unrichtigkeit der Rentenzusprechung ist vorliegend nicht erfüllt. Zwar äusserte sich Dr. A.____ in Bezug auf die von den behandelnden Ärzten attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit durchaus kritisch. Er vermochte jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festzulegen, ab welchem Zeitpunkt die seinerseits attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit allenfalls vor der Begutachtung im Juli 2015 Geltung erlangt hat. Überdies erachtete er die Einordnung der von den behandelnden Ärzten erhobenen objektiven psychopathologischen Befunde in den ICD-10-Code F32 als plausibel (Urk. 6/63/11 f.), und ging rückblickend ab Mai 2013 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus (zum Ganzen Urk. 6/63/27 f., 6/98/15). Soweit die Beschwerdegegnerin schliesslich auf die seit Beginn der Erkrankung bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren hinweist (Urk. 5 S. 2 Ziff. 3; vgl. etwa Urk. 6/9/2 f. [Verlust der Arbeitsstelle, Scheidung, Schulden]), bleibt anzumerken, dass gemäss bundesgerichtlicher Praxis nicht ausgeschlossen ist, dass solche Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen können, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern.

Sie können sich mit anderen Worten mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

Gesamthaft sind in Anbetracht dieser Umstände zwar ausgehend vom beweis kräftigen Gutachten von Dr. A.____ gewisse Zweifel an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte bis Juli 2015 nicht von der Hand zu weisen. Dies genügt jedoch mit Blick auf die strenge bundesgerichtliche Rechtsprechung nicht, um eine reformatio in peius zu begründen. Unbestritten und nicht zu beanstanden ist im Übrigen der per Juni 2014 festgelegte Beginn des Rentenanspruchs, zumal sich der Versicherte im Dezember 2013 zum Leistungsbezug angemeldet hatte (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). 5.2 5.2.1

Spätestens ab Juli 2015 ging Dr. A.____ von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und damit von einer namhaften Besserung des psychischen Gesundheitszustandes des Versicherten aus (Urk. 6/63/24 f., 6/63/27 und 6/98/15). Zu klären ist, ob diese Beurteilung auch mit Blick auf die zwischenzeitlich vom Bundesgericht vorgenommene Praxisänderung überzeugt, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.4). In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6). Entgegen der Argumentation des Versicherten (Urk. 20 S. 2 Ziff. 3) ermöglicht das vorliegende psychiatrische Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren, zumal sich Dr. A.____ mit ergänzender Stellungnahme vom 19. September 2016 (Urk. 6/98/5 ff.) dazu selbst ausführlich äusserte. 5.2.2

Das Bundesgericht hat die zu prüfenden Standardindikatoren wie folgt systematisiert (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 Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ führte Dr. A.____ in nachvollziehbarer Weise aus, die objektiven psychopathologischen Befunde (vgl. Urk. 6/63/13 f.) seien leicht ausgeprägt. Das Aktivitätsniveau des Versicherten in allen vergleichbaren Lebensbereichen sei weit überwiegend durch leichte tatsächliche Beeinträchtigungen bei der Planung/Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs-/Urteilsfähigkeit und der Durchhaltetätigkeit limitiert. Leistungs- und therapiehinderlich wesentlich bestimmend hätten sich vielfältige soziale Belastungen wie unter anderem finanzielle Sorgen sowie eheliche und arbeitsplatzbezogene Konflikte ausgewirkt. Die anhaltende depressive Störung sei deshalb - deskriptiv - als „chronische Anpassungsstörung“ einzuordnen (Urk. 6/98/6 f.). Eine Behandlungsresistenz verneinte Dr. A.____ insbesondere unter Hinweis auf die Möglichkeit einer deutlichen Intensivierung der Psychopharmakotherapie mit Blutspiegelkontrolle sowie alternative Methoden der Depressionsbehandlung (Urk. 6/98/11 ff.). Soweit der Versicherte in diesem Zusammenhang vorbringt, die medikamentöse Behandlung sei ausgereizt (vgl. Urk. 20 S. 2 Ziff. 5), vermag dies somit nicht zu überzeugen. Als nicht schlüssig erweist sich sodann die Einschätzung der behandelnden Ärzte, wonach eine stationäre Behandlung aufgrund von

Ängsten kontraindiziert sei, zumal diese - bis auf die Platzangst - nicht weiter spezifiziert wurden (vgl. Urk. 12 S. 2 f.). Unter dem Gesichtspunkt der Komorbiditäten ist im Weiteren festzuhalten, dass gemäss übereinstimmender ärztlicher Einschätzung keine Wechselwirkungen zwischen der depressiven Störung und anderen psychischen oder körperlichen Begleiterkrankungen bestehen (vgl. Urk. 12 S. 2 und Urk. 6/98/9, 6/98/11).

Zum Komplex „Persönlichkeit“ ist darauf hinzuweisen, dass die von Dr. A.____ diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4). Vor diesem Hintergrund erschliesst sich daher ohne Weiteres, dass der Gutachter die emotional expressiven Persönlichkeitszüge nur als sehr leicht ressourcenmindernd einstufte (Urk. 6/98/8 f.).

In Bezug auf den Indikator „sozialer Kontext“ ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bereits vor Eintritt des Gesundheitsschadens ein eher zurückgezogenes Leben geführt hat (Urk. 6/9/3, Urk. 12 S. 4). Gegenüber Dr. A.____ habe der Versicherte überdies angegeben, seine Tage sehr strukturiert zu verbringen. So nehme er die therapeutischen Behandlungen wahr, treffe sich mit Kollegen, sei mit dem Fahrrad unterwegs oder mit seinem Bruder aktiv (Urk. 6/63/8). Im Weiteren kümmert er sich um seine 2007 geborene Tochter, wenn diese bei ihm zu Besuch ist (Urk. 12 S. 2 f.). Er setzte sich denn auch für eine Ausdehnung des Besuchsrechtes ein (Urk. 6/92/9 ff.). Ein krankheitsbedingter sozialer Rückzug ist vor diesem Hintergrund nicht ausgewiesen.

Im Zusammenhang mit der Kategorie „Konsistenz“ ist schliesslich zu berücksichtigen, dass der Gutachter ein inkonsistentes, theatralisches Verhalten beziehungsweise eine Verdeutlichungstendenz feststellen konnte (Urk. 6/63/13). Dem Versicherten ist zwar dahingehend beizupflichten (Urk. 1 S. 10), als allein aufgrund des emotional expressiven Verhaltens nicht auf eine Verdeutlichungstendenz geschlossen werden darf, zumal dies Ausdruck der akzentuierten Persönlichkeitszüge ist. Gewisse Verdeutlichungstendenzen ergeben sich allerdings durchaus mit Blick auf die vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung gemachten Angaben. So hat er sich zum einen ambivalent zum Nutzen der Medikamente geäussert (Urk. 6/63/8). Zum anderen fiel die Schilderung der akustischen und optischen Wahrnehmungsstörungen vage und oberflächlich aus (vgl. E. 4.2 hie vor). Der Versicherte gab zudem an, mit niemandem zu sprechen (Urk. 6/63/6), was nur schon angesichts des intakten sozialen Umfelds nicht glaubwürdig erscheint. Im Übrigen ist auch keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgewiesen. Wie bereits erläutert, ist der Versicherte in der Lage, seinen Alltag zu strukturieren und zu gestalten, selbst wenn er dabei körperlich nicht besonders aktiv sein mag und beispielsweise im Haushalt nur auf Anweisung der bei ihm lebenden Mutter Aufgaben übernimmt (vgl. Urk. 12 S. 2). In Bezug auf den Gesichtspunkt des Leidensdrucks ist im Übrigen festzuhalten, dass ein solcher in Anbetracht der vom Versicherten wahrgenommenen Therapien erkennbar ist (vgl. Urk. 12 S. 1). Allerdings ist in diesem Kontext nochmals darauf hinzuweisen, dass die zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten gemäss überzeugender Einschätzung des Gutachters längst nicht ausgeschöpft sind (Urk. 6/63/22 f., 6/98/11 f.). 5.2.3

Gesamthaft führt die Prüfung und Würdigung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass der Beurteilung von Dr. A.____, wonach von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen sei, gefolgt werden kann. Für eine weitgehend uneingeschränkte Leistungsfähigkeit sprechen nebst den leichtgradigen objektiven

Befunden mit vielfältigen - grundsätzlich invalidi tätsfremden - psychosozialen Belastungsfaktoren insbesondere die fehlende Aus schöpfung der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten sowie der nicht ausgewie sene soziale Rückzug aus gesundheitsbedingten Gründen. Die Anerkennung einer leichtgradigen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigt sich jedoch in Anbetracht der von Dr. A.____ unter anderem bezüglich Flexibilität und Durch haltefähigkeit festgestellten Einschränkungen sowie angesichts des nicht uner heblichen Leidensdrucks.

Ausgehend von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich. Das Validen- und Invaliden einkommen sind gestützt auf die selbe Bemessungsgrundlage und der Invalidi tätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundes gerichts 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Der Invaliditätsgrad liegt dem nach bei nicht rentenbegründenden 30 % (vgl. E. 1.2). Der Zeitpunkt der Aufhe bung der befristeten Rente richtet sich analog nach Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. E. 1.3). Da aufgrund der psychiatrischen Expertise von Dr. A.____ überwiegend wahrscheinlich ist, dass sich der Gesundheitszustand gebessert hat, nicht aber ersichtlich ist, in welchem Zeitpunkt diese Besserung allenfalls vor der Begutach tung im Juli 2015 eingetreten ist, rechtfertigt es sich, die Rente auf diesen Monat hin aufzuheben (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_810/2010 vom 16. September 2011 E. 4 und 9C_603/2010 vom 6. Oktober 2010 E. 4.2). 6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin dem Versicherten zu Recht für den befristeten Zeitraum vom 1. Juni 2014 bis 31. Juli 2015 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen. Mangels eines Invaliditätsgrades von min destens 40 % besteht (spätestens) seit August 2015 kein Rentenanspruch mehr, was die IV-Stelle ebenfalls korrekt erkannt hat. Angesichts der beweiskräftigen medizinischen Beurteilungsgrundlagen besteht im Übrigen - entgegen der Eventual anträge des Versicherten (Urk. 1 S. 2 und 12) - auch kein Anlass für weitere psychiatrische Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3).

Da sich die angefochtene Verfügung vom 17. Mai 2017 (Urk. 2) somit als rechtens erweist, ist die Beschwerde abzuweisen. 7.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfah rensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Verfahrensausgang sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 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: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - 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
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Grünig
Würsch

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.