

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00772 vom 14. August 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-08-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00772](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00772)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00772 du 14 août 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00772 del 14 agosto 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 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 ).

### **E. 1.3**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Die Anerkennung eines rein tenbegründenden 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. 1.4**

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).

#### **E. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht,

die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 8. Juli 2017 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 8. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen auszurichten. Die Sache sei an die Vorinstanz zu rückzuweisen, um weitere Abklärungen zu tätigen (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. September 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 23. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass keine psychiatrischen Diagnosen festgestellt worden seien, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Unter Berücksichtigung aller medizinischen Akten sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Arbeitsagoge wie auch eine optimal angepasste Tätigkeit weiterhin zu 100 % zumutbar (S. 1).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer beschwerdeweise geltend (Urk. 1), sein behandelnder Psychologe habe das psychiatrische Gutachten insofern kritisiert, als die diagnostische und anamnestische Symptombeschreibung ungenügend und sogar über weite Strecken falsch sei. Der Psychologe komme in seiner Stellungnahme zum Schluss, dass das Gutachten vor dem Hintergrund der eigenen therapeutischen Erfahrung in Bezug auf Diagnose und Leistungsfähigkeit nicht haltbar sei. Die Annahme der Beschwerdegegnerin, dass keine psychiatrische Diagnose vorliege, stimme nicht. Sowohl die Rehaklinik O.\_\_\_\_ wie auch die behandelnden Ärzte würden eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 5).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung.

## **E. 3.1**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 14. September 2012 (Urk. 6/12) und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel gradige Episode (ICD-10 F33.1). Er

fürhte aus, dass er den Beschwerdeführer seit Mai 2011 behandle (S. 1 Ziff. 1.2). Die Prognose sei langfristig gut nach der Überwindung der Orientierungslosigkeit mit Möglichkeit der beruflichen Neuorientierung und nach Abklingen der Depression (S. 2 Ziff. 1.4). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Juli 2012 bis auf weiteres (S. 3 Ziff. 1.6). Eine eingehende Berufsberatung sei dringend indiziert. Die Motivation des Beschwerdeführers zur Ausübung einer für ihn geeigneten Tätigkeit sei hoch (S. 3 Ziff. 1.8).

### **E. 3.2**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete erneut am 25. April 2013 (Urk. 6/39) und führte aus, der Beschwerdeführer sei ihm im Mai 2011 vom Hausarzt wegen eines Burnouts überwiesen worden. Im Januar 2012 sei aufgrund von Restrukturierungen die Entlassung von etwa 10 Prozent der Mitarbeiter erfolgt, wobei der Beschwerdeführer auch betroffen gewesen sei. Die zu Beginn depressive Stimmungslage habe sich bereits nach kurzer Zeit wieder aufgehellt. Das Hauptproblem sei zu Beginn der Behandlung und seither weiterhin die Schlafstörung gewesen (S. 1). Aus ärztlicher Sicht seien die Integrationsmassnahmen in idealer Form geeignet, um dem Beschwerdeführer die Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen, allerdings in einer anderen Tätigkeit als der bisherigen. Eine Rückkehr in die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit sei nach ärztlicher Erfahrung mit dem erheblichen Risiko eines erneuten Burnouts mit entsprechender Arbeitsunfähigkeit verbunden. Der Beschwerdeführer klagt immer wieder über kognitive Beeinträchtigungen. Solche seien zurzeit noch teilweise durch die medikamentöse Behandlung seiner Schlafstörungen zu erklären. Zusammenfassend sei die Fortsetzung des Aufbau trainings für den Beschwerdeführer aus ärztlicher Sicht indiziert (S. 2).

### **E. 3.3**

Pract. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 19. November 2012 Stellung (Urk. 6/98) und führte aus, eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei analog Dr. A.\_\_\_\_ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit Januar 2012 ausgewiesen. Das Belastungsprofil sei nicht eindeutig festzulegen. Laut behandelndem Psychiater sei eine geeignete Tätigkeit möglich. Aufgrund der Anamnese sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass in einem ruhigen Arbeitsumfeld ohne vermehrte Stressbelastung eine Tätigkeit möglich sei.

Am 8. Mai 2013 nahm RAD-Arzt B.\_\_\_\_ erneut Stellung (Urk. 6/99) und führte aus, die bisherige Tätigkeit als Controller am letzten Arbeitsplatz sei dem Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr möglich. Eine wesentliche funktionelle Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit im bisherigen beruflichen Umfeld erscheine aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht ausgewiesen. Berufliche Massnahmen zur Reintegration auf dem Arbeitsmarkt im bisherigen Tätigkeitsbereich unter Berücksichtigung der Ressourcen würden aus versicherungsmedizinischer Sicht sinnvoll erscheinen.

### **E. 3.4**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 8. Januar 2016 (Urk. 6/115/11-12) über die Erstbehandlung des Beschwerdeführers vom 4. Dezember 2015 nach dessen Sturz auf einer Treppe am 3. Dezember 2015 und nannte folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 5): - Distorsionstrauma Knie links - Cervicovertebralsyndrom (CVS) - Lumbovertebralsyndrom (LVS)

Er führte aus, der Beschwerdeführer sei vom 3. bis zum 27. Dezember 2015 zu 100 % und vom 28. Dezember 2015 bis heute zu 50 % arbeitsunfähig gewesen (S. 2 Ziff. 8). Der Behandlungsabschluss erfolge voraussichtlich in drei Wochen (Ende Januar 2016).

### **E. 3.5**

Lic. phil. D.\_\_\_\_ berichtete am 28. Mai 2016 (Urk. 6/119/66-67) und nannte folgende Diagnosen (S. 1 f. Ziff. 2): - Erschöpfungssyndrome (ICD-10 Z73.0) - rezidivierende depressive Episoden (ICD-10 F32.11), aktuell verbunden mit - permanenten Rückenschmerzen - Schlafproblemen - Niedergeschlagenheit

### **E. 3.6**

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ berichteten am 5. Oktober 2016 (Urk. 6/119/52-56) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 20. August bis 17. September 2016 und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0) - Status nach rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F32.11) - cervikolumbales Schmerzsyndrom - chronische Schmerzen Knie links - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - Asthma bronchiale

Sie führten aus, die Rehaziele seien die Verbesserung der Lebensqualität durch Wiedergewinnung der seelischen und körperlichen Energie, durch angepasstes Verhalten im körperlichen und sozialen Engagement, das Erkennen der eigenen Grenzen und Ressourcen sowie die Wiedergewinnung der Lebensfreude und dadurch Wiederzurückfinden ins Alltagsleben im beruflichen und sozialen Bereich (S. 2). Während des stationären Aufenthaltes sei es dem Beschwerdeführer gelungen, sich psychophysisch zu rekonkonditionieren. Der Beschwerdeführer berichtete vor dem Austritt, dass es ihm körperlich sehr viel besser gehe, psychisch könne er weniger Verbesserung verzeichnen. Es werde eine weitere Behandlung in der Tagesklinik empfohlen (S. 3).

### **E. 3.7**

Med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, berichtete am 30. November 2016 (Urk. 6/119/39-47) und nannte folgende Diagnose (S. 6 Ziff. 11): - chronisch rezidivierendes paravertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - MRI der Halswirbelsäule (HWS) Dezember 2015: rechts mediolaterale Diskushernie C5/6 ohne Nervenwurzelkompression - MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) November 2013: lumbosakrale Übergangsanomalie mit Lumbalisation SWK 1, Nearthros links, medial bis mediolaterale linksseitige Diskushernie LWK 4/5 ohne Nervenwurzelkompression - aktuell: maladaptives Schmerzverhalten mit Symptomausweitung - Differentialdiagnose (DD) somatoforme Schmerzkomponente im Rahmen der psychiatrischen Komorbidität - DD peripher nozizeptive Schmerzkomponente lumbal wahrscheinlich

Sie führte aus, dass aufgrund der Anamnese und der klinischen Befunde die Komponente eines maladaptiven Schmerzverhaltens mit Schmerzzentrierung und progredienter Schmerzausweitung im Vordergrund stehe. Das beschriebene Beschwerdeausmass, das zögerliche Ansprechen auf die lege artis durchgeführten konservativen Therapien und die langen Phasen der attestierten Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Schmerzen würden sich durch die erhobenen strukturellen Befunde alleine nicht erklären lassen (S. 7 f. Ziff. 12). Aus somatischer Sicht bestehe eine leichte Einschränkung der Belastbarkeit der LWS. Körperlich schwere Arbeiten sowie Arbeiten in wirbelsäulenbelastender Dauerposition seien ungünstig und nicht mehr zumutbar (S. 8 Ziff. 12). Für körperlich maximal

mittelschwere Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne wirbelsäulenbelastende Dauerpositionen bestehe ab sofort eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 13).

### **E. 3.8**

Med. pract. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, er stattete ihr psychiatrisches Gutachten am 14. Dezember 2016 (Urk. 6/119/13-38) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers. Sie nannte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 6.1) und folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 Ziff. 6.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - histrionische (infantile) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) - DD akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen (infantilen) Anteilen (ICD-10 Z73.1) - Verdacht auf somatoforme Störungen (ICD-10 F45) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Verdacht auf Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2), DD schädlicher Gebrauch - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Status nach (zumindest) schädlichem Gebrauch (ICD-10 F12.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene (Ecstasy), Status nach schädlichem Gebrauch (ICD-10 F16.1)

Sie führte aus, dass der Beschwerdeführer an beiden Untersuchungstagen mit einem ausgesprochen grossen Mitteilungsbedürfnis imponiert habe, wobei er vor allem seine subjektiven Beschwerden, insbesondere seine körperlichen Beschwerden im gesamten Lebensverlauf mit grossem Engagement umfangreich und detailliert präsentiert habe. Bei seinen umfangreichen Erzählungen habe der Beschwerdeführer mit einer guten Auffassungsgabe, guten Gedächtnisleistungen und einer guten Ausdauer imponiert. Sodann habe er eine gute Aufmerksamkeit und eine gute Konzentration im gesamten Verlauf der beiden Untersuchungen gezeigt (S. 15 unten). Beim Nachfragen hätten sich in Bezug auf die Beschwerde schilderung Inkonsistenzen, teilweise Widersprüche feststellen lassen. Bei der angegebenen extremsten Müdigkeit und den angegebenen Schlafstörungen habe beim Beschwerdeführer an beiden Untersuchungstagen keine Müdigkeit und auch kein Antriebsmangel festgestellt werden können. Er sei stets lebendig, initiativ und geradezu unermüdlich in seinem grossen Mitteilungsbedürfnis gewesen (S. 16 oben).

In der angestammten Tätigkeit als angelernter Arbeitsagoge beziehungsweise in den angestammten Tätigkeiten als Mechaniker und Prozessfachmann sei beim Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgewiesen (S. 23 Ziff. 7.1). Anhand der Aktenlage und der widersprüchlichen Angaben des Beschwerdeführers könne eine Arbeitsunfähigkeit ab März bis August 2016 aus psychiatrischer Sicht nicht eindeutig bestätigt werden. Während der stationären Behandlung im Reha Zentrum O.\_\_\_\_ im Spätsommer 2016 habe beim Beschwerdeführer definitionsgemäss eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei seit dem Austritt Mitte September 2016 und mit Sicherheit spätestens seit der ersten gutachterlichen Untersuchung Ende November 2016 beim Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (S. 23 f. Ziff. 7.2). In angepassten Tätigkeiten sei aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgewiesen (S. 24 Ziff. 7.3).

### **E. 3.9**

Lic. phil. D.\_\_\_\_ nahm am 22. Februar 2017 Stellung (Urk. 6/127) zum psychiatrischen Gutachten und führte aus, dass die Gutachterhaltung gerade nicht neutral gewesen sei. Die Gutachterin habe die anamnestischen Daten nicht oder falsch mit den diagnostischen

Befunden verknüpft. Zudem seien ihre diagnostischen Befunde unvollständig, nur angedeutet oder schlicht falsch. Hinzu komme, dass die verwendete Aktenlage der Gutachterin äusserst dürftig geblieben sei (S. 1 f.). Die eigenen Beurteilungen des Beschwerdeführers seien sehr klar. So berichte er von zwei Burn-Outs in den Jahren 2007 sowie 2010. Im Behandlungsverlauf habe der Beschwerdeführer die Psychopharmaka wieder absetzen müssen, da sie auf grund seiner Beschreibungen die Situation nur verschlimmert hätten (S. 2). Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er von der Begutachtung völlig kaputt mit dem Zug zurückgefahren sei und nicht mehr gewusst habe, ob er es schaffe, in Zürich auszusteigen. Die ganze weitere Woche sei er mit den Kräften am Ende gewesen. Zusammenfassend sei das Gutachten sowohl in den diagnostischen Beurteilungen wie auch in der Aufarbeitung der anamnestischen und Symptombeschreibungen des Beschwerdeführers ungenügend und sogar über weite Strecken falsch (S. 3).

### **E. 3.10**

Lic. phil. D. \_\_\_ berichtete am 24. April 2017 (Urk. 6/132/4-5) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Zustand nach zweifachem Erschöpfungssyndrom (2006/2011) - Schlafprobleme

Er führte aus, dass wöchentlich eine Psychotherapie unter periodischem Einbezug der Partnerin stattfinde (S. 2).

### **E. 4.1**

Med. pract. Z. \_\_\_ ging im psychiatrischen Gutachten vom 14. Dezember 2016 (vorstehend E. 3.8) davon aus, dass der Beschwerdeführer trotz der Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, einer histrionischen Persönlichkeitsstörung, psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Cannabinoide und Halluzinogene sowie eines Verdacht auf somatoforme Störungen sowohl im Hinblick auf eine der angestammten Tätigkeiten als angelernter Arbeitsagoge, Mechaniker oder Prozessfachmann wie auch in angepassten Tätigkeiten in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie keine. Sie kam zum Schluss, dass eine Arbeitsunfähigkeit ab März bis August 2016 aus psychiatrischer Sicht nicht eindeutig bestätigt werden könne und mit Sicherheit spätestens seit der ersten gutachterlichen Untersuchung Ende November 2016 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei.

### **E. 4.2**

Die Würdigung der medizinischen Akten ergibt, dass das psychiatrische Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.8) auf allseitigen psychiatrischen Untersuchungen des Beschwerdeführers beruht, die von ihm geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt, in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurde und der konkreten medizinischen Situation Rechnung trägt. So zeigte die psychiatrische Gutachterin unter Bezugnahme auf die ICD-Kriterien (vgl. Klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling/Mombour/Schmidt (Herausgeber), 9. Auflage, Bern 2014, S. 169 ff.) nach vollziehbar auf, weshalb die genannten Diagnosen vorlägen (S. 17 ff.). Weiter machte sie ausdrücklich auf Inkonsistenzen und Widersprüche bei der subjektiven Beschwerdeschilderung des Beschwerdeführers aufmerksam und führte aus, dass sich diese anhand des aktuell

erhobenen psychopathologischen Befundes nicht verifizieren liessen (S. 20). Die psychiatrische Gutachterin verneinte anhand der beschriebenen Untersuchungsbefunde das Vorliegen weiterer psychiatrischer Erkrankungen (S. 22). Sie nahm sodann ausführlich Stellung zu früheren ärztlichen Einschätzungen und führte in nachvollziehbarer Weise aus, die nicht fachärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit seit Oktober 2015 sei aus psychiatrischer Sicht nicht haltbar und es sei anzunehmen, dass sich diese Einschätzung vor allem, wenn nicht ausschliesslich nach den subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers gerichtet habe und zudem psychosoziale Belastungsfaktoren mit einbezogen worden seien (S. 25).

Das psychiatrische Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich und nachvollziehbar begründet. So begründete die psychiatrische Gutachterin einlässlich und sorgfältig, dass nach Remission der depressiven Episode spätestens seit der aktuellen gutachterlichen Untersuchung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliege. Überdies zeigte sie in nachvollziehbarer Weise auf, dass die beim Beschwerdeführer diagnostizierte Persönlichkeitsstörung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe oder gehabt habe, zumal es ihm trotz der definitionsgemäss seit der Jugend vorliegenden persönlichkeitsstrukturellen Problematik möglich gewesen sei, bei vorhandener guter Motivation jahrelang der Berufstätigkeit nachzugehen (S. 22 unten).

Das psychiatrische Gutachten erfüllt damit die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Berichts (vgl. vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

#### **E. 4.3**

Demgegenüber kann – entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers – auf die Beurteilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychologen lic. phil. D. \_\_\_ (vorstehend E. 3.5, E. 3.9, E. 3.10) nicht abgestellt werden. So führte der Psychologe in seiner Beurteilung in erster Linie die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden beziehungsweise die Diagnose auf, gab jedoch keine nachvollziehbar begründete und durch diese Befunde untermauerte medizinisch-theoretische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab. Den Berichten fehlt es zudem gänzlich an einem psychopathologischen Befund. Aus den Beurteilungen geht auch nicht klar hervor, durch welche konkreten psychischen Symptome oder Einschränkungen und in welchem Ausmass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt wird. Wie die psychiatrische Gutachterin zu Recht feststellte, stützte sich der behandelnde Psychologe bei seiner Einschätzung im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und seine Beurteilungen enthalten vor allem auch psychosoziale Komponenten, welche jedoch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht massgebend sind.

Sodann ist bei Berichten von behandelnden Fachpersonen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen). Zwar kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Fachpersonen oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen. Jedoch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu,

eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, da die behandelnden Fachpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_278/2011 vom 26. Juli 2011 E. 5.3; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

#### **E. 4.4**

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, der medizinische Sachverhalt sei nicht umfassend abgeklärt worden, und es seien deshalb weitere Abklärungen zu treffen, vermag dies nicht zu überzeugen. So ist festzuhalten, dass sowohl der psychische als auch der physische Gesundheitszustand sowie die subjektive Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in den Beurteilungen gebührend berücksichtigt wurden. Der Beschwerdeführer vermochte sodann nicht weiter darzutun, inwiefern die Aktenlage unzutreffend beziehungsweise unvollständig sein soll.

Da der Sachverhalt nach dem Gesagten durch genügende medizinische Einschätzungen von verschiedenen Ärzten abgeklärt wurde, erweisen sich die vorliegenden medizinischen Akten als ausreichend.

Die Einwände des Beschwerdeführers in Bezug auf die medizinischen Abklärungen sind nach dem Gesagten unbehelflich. Weitere substantiierte Einwände brachte er nicht vor.

Zusammenfassend wurden somit keine Erkenntnisse vorgebracht, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrische Gutachterin umzustossen vermöchten. Auf weitere Abklärungen kann deshalb verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157).

#### **E. 4.5**

Nach der Würdigung der medizinischen Akten ist nicht ersichtlich, dass beim Beschwerdeführer im Beurteilungszeitpunkt, also bei Verfügungserlass, ein Gesundheitsschaden ausgewiesen ist, der eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit begründen kann. Viel mehr ist aufgrund der überzeugenden, nachvollziehbaren und ausführlich begründeten Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten und jeder leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit gemäss beschriebenen Belastungsprofil (vgl. vorstehend E. 3.8) vorliegt.

Da med. pract. Z. \_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen nach vollziehbar und schlüssig verneinte, kann auf ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 verzichtet werden (vgl. E. 1.4).

Dementsprechend erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

#### **E. 5**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und

unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vor liegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - 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 Mosimann Schüpbach

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