

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01288 vom 16. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01288

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01288 du 16 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01288 del 16 maggio 2018

Erwägungen

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). 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 seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG ,

BGE 139 V 547 E. 5 ,

131 V 49 E. 1.2 ,

130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich fest gestellte 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 (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1 unter Hinweis auf 127 V 294 E. 4b/cc und 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbe gründenden 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustige versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders, wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). Von der Rückweisung der Sache an den Versicherungsträger zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzu sehen, wenn dieses Vorgehen zu einem

formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (vgl. zum Ganzen BGE 137 I 195 E. 2.3.2; BGE 136 V 117 E. 4.2.2.2; BGE 133 I 201 E. 2.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 26. Oktober 2017 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 27.

November 2017 Beschwerde und beantragte die Zusprache einer ganzen Invalidenrente, eventualiter die Rückweisung an die IV-Stelle zur weiteren Sachverhaltsabklärung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2-3). Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), was dem Beschwerdeführer am 12. April 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2017 (Urk. 2) führte die Beschwerdegegnerin aus, gemäss den bei den Akten liegenden Unterlagen würden die vorgebrachten Beschwerden keine erhebliche und langdauernde gesundheitliche Beeinträchtigung begründen. Die in den Verlaufsprotokollen dokumentierten Aussagen und Gespräche würden überwiegend wahrscheinlich das Vorliegen einer schweren depressiven Störung ausschliessen. Die Kündigung sei aufgrund zwischenmenschlicher Schwierigkeiten erfolgt. Bei den Feststellungen in den vergangenen Jahren sei es wiederholt bereits nach einigen Monaten zu einer Arbeitsunfähigkeit gekommen. Dokumentiert seien Schwierigkeiten am Arbeitsplatz aufgrund mangelnder Sprach- oder Fachkenntnisse. Der Beschwerdeführer übe die Haushaltsführung aus und betreue die Kinder. Dies schliesse eine seit August 2015 diagnostizierte schwere depressive Episode aus. Im Januar 2017 habe die Arbeitsfähigkeit trotz diagnostizierter Episode von 0 % auf 80 % gesteigert werden können. Das Scheitern des Berufsalltags mit beteiligten Personen sei auf psychosoziale Begebenheiten zurückzuführen. Es sei eine vorübergehende Anpassungsstörung in Betracht zu ziehen, eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit liege jedoch nicht vor. Aus medizinischer Sicht sei die vom Behandler gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht begründet und auch nicht nachvollziehbar (S. 2).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort (Urk. 8) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, der Verlauf der Eingliederungsmassnahmen zeige, dass der Beschwerdeführer stark auf psychosoziale Belastungsfaktoren, wie Kritik am Arbeitsplatz, reagiere (S. 2 oben). Für die im mit der Beschwerde eingereichten Bericht des behandelnden Psychiaters vom 24. November 2017 genannte Verdachtsdiagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung seien keine objektiven Befunde erhoben worden (S. 2 Ziff. 4). Selbst wenn jedoch psychische Leiden vorlägen, würde das strukturierte Beweisverfahren aus rechtlicher Sicht kein invalidisierendes Leiden begründen. Die berufsbegleitend absolvierte Ausbildung und die grosse Motivation seien Ressourcen, welche die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussten. Die lediglich zweiwöchentlich geführten psychiatrischen Gespräche sowie die Tatsache, dass er noch nie stationär in einer psychiatrischen Klinik gewesen sei, liessen am Leidensdruck und am Schweregrad des psychischen Leidens zweifeln (S. 2 Ziff. 5).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, alle Arztberichte würden ausnahmslos die Diagnose einer schweren Depression enthalten, in keinem einzigen Bericht werde eine mittlere oder gar nur leichte Depression diagnostiziert. Bereits die Berichte vom 9. Oktober 2015 und 4. Januar 2016 würden eine schwere depressive Episode nennen (S. 4 Rz 10). Dass er nach seinem Schlaganfall wieder in einem Pensum von 50 % versucht habe zu arbeiten, sei einzig und allein seinem Willen und seiner Motivation zuzuschreiben (S. 5 Rz 12). Er habe sich nicht eingestehen wollen, dass er an einer schweren Depression leide und habe alles versucht, wieder einem geregelten Erwerb nachzugehen (S. 5 Rz 13). Die Angst, nie mehr arbeiten zu können, sei der Grund gewesen, weshalb er sich für einen Wiedereingliederungsversuch eingesetzt habe, obwohl die Beraterin dies noch nicht für angezeigt gehalten und der behandelnde Therapeut an seiner Stabilität gezweifelt habe (S. 6 Rz 16). Angesichts der aktenkundigen schweren depressiven Erkrankung sei es nicht nachvollziehbar, wie die Beschwerdegegnerin behaupten könne, er leide nicht an einer erheblichen und langandauernden gesundheitlichen Beeinträchtigung (S. 7 Rz 18). Sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Abbruch des Wiedereingliederungsversuches nicht gebessert. Er schaffe es zeitweise nicht einmal zu duschen. Sowohl der Therapeut als auch der Arzt würden im aktuellsten Verlaufsbericht von einer chronifizierten und therapieresistenten Depression ausgehen (S. 7 f. Rz 20). Es sei völlig fehl am Platz, aus der (versuchten) Kinderbetreuung und Haushaltsführung den Schluss zu ziehen, er könne angesichts dessen nicht schwer depressiv sein. Es sei nicht mehr als natürlich und entspreche dem gesellschaftlichen System, dass sich Eltern um ihre Kinder kümmern und diese Aufgabe auch dann noch als Pflicht sehen und ernst nehmen würden, wenn sie krank seien (S. 9 Rz 27).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Nach einem Schlaganfall am 26. August 2015 war der Beschwerdeführer bis 2. September 2015 im Z.____, Departement Medizin, hospitalisiert. In ihrem Austrittsbericht vom 7. September 2015 (Urk. 9/21) nannten die Ärzte im Wesentlichen folgende Diagnosen (S. 1): - akuter ischämischer zerebrovaskulärer Insult am 26. August 2015 - mittelschwere depressive Episode - unter medikamentöser und Psychotherapie - selten Panikattacken

Die erhobenen neuropsychologischen Befunde mit leichter Reaktionsverlangsamung und Verlangsamung der Informationsverarbeitung zusammen mit der Verhaltensbeobachtung und der Hypophonie würden gut für Leistungseinbussen im Rahmen einer affektiven Verstimmung sprechen. Zeichen schlaganfallbedingter neuropsychologischer Auffälligkeiten hätten sich nicht gefunden. Der Beschwerdeführer sei durch eine leicht dysphorische Stimmungslage aufgefallen, welche sich auch in Angst geäußert habe. Aus den Gesprächen sei hervorgegangen, dass er mit höchster Wahrscheinlichkeit seit jeher sensible und emotional labile Persönlichkeitseigenschaften gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei aufgrund dieser und seit bereits längerer Zeit bestehender psychosozialer Belastungen bereits in psychologischer und antidepressiver Behandlung (S. 2 unten). Vom 27. Juli bis 9. September 2015 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). 3.2

Der behandelnde Psychologe lic. phil. A.____, Psychologe FSP, sowie Dr. med. B.____, Oberarzt, C.____, Zentrum für Soziale Psychiatrie, Ambulatorium D.____, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2015 (Urk. 9/28/4-7) eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2; Ziff. 4). Der Beschwerdeführer zeige die klassischen Symptome einer aktuell schweren depressiven Erkrankung mit Niedergeschlagenheit, Gedankenkreisen (Grübeln), Unkonzentriertheit, Verzweiflung. Er leide unter Schlaflosigkeit und Appetitlosigkeit. Zusätzlich bestehe eine generalisierte Angst. Der Leidensdruck werde verstärkt, indem der Patient gegenüber seinem psychischen Zustand mit Unverständnis reagiere. Im Antrieb sei er stark eingeschränkt, empfinde alles als anstrengend, leide unter Energielosigkeit. Er habe öfters Gedanken der Sinnlosigkeit, wolle einfach nur fliehen. Einzig seine Verpflichtungen als Vater und Ehemann würden ihn davon abhalten, suizidal zu handeln (Ziff. 3). Vom 10. September bis 11. Oktober 2015 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer weiter nicht arbeitsfähig sein werde. Er versuche, ab 12. Oktober 2015 wieder in einem Pensum von 50 % zu arbeiten (Ziff. 5). 3.3

Die Ärzte des Z.____, Departement Medizin, Neurologie, führten in ihrem Bericht vom 14. Dezember 2015 (Urk. 9/22/17-18) aus, bei Zustand nach am ehesten kardioembolischem Mediainfarkt rechts sei der Beschwerdeführer aktuell beschwerdefrei. Für Januar 2016 sei ein PFO-Verschluss vorgesehen. Hinsichtlich der depressiven Episode werde eine weitere ambulante psychiatrische Behandlung empfohlen (S. 2). 3.4

Am 4. Januar 2016 hielten lic. phil. A.____ und Dr. B.____ fest, der Beschwerdeführer befinde sich nach wie vor in einem schweren depressiven Zustand mit Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, ständigem Gedankenkreisen, Schlafproblemen und Appetitlosigkeit. Die verordneten Medikamente würden nicht die erwünschte Wirkung zeigen. Um mögliche Komplikationen zu vermeiden, könne eine Medikationsänderung jedoch erst nach der bevorstehenden Herzoperation durchgeführt werden (Urk. 9/28/1-3 Ziff. 1). Seit dem letzten Bericht vom 9. Oktober 2015 bis 31. Dezember 2015 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer weiter arbeitsunfähig sein werde (Ziff. 2 und 5). 3.5

In ihrem Bericht vom 13. Januar 2016 (Urk. 9/22/1-7) führten lic. phil. A.____ und Dr. B.____ bei unveränderter Diagnose (Ziff. 1.1) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 26. August 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Schon früher habe phasenweise eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Laut dem letzten Arbeitgeber habe auch bei 100%iger Arbeitsfähigkeit nur eine Leistung von 50 % bestanden, dies aufgrund von

Einschränkungen in der Schnelligkeit und in schriftlichen Deutschkenntnissen (S. 1 lit . a). Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und in allen Modalitäten orientiert. Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis im Gespräch seien unauffällig. Er berichte jedoch, dass er öfters Mühe habe, sich zu konzentrieren. Er mache sich ständig Gedanken, sei am Grübeln. Formale und inhaltliche Denkstörungen oder Wahn seien nicht eruierbar . Es sei eine generalisierte Angst vorhanden. Es gebe keine Zwänge, keine Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv sei der Beschwerdeführer niedergeschlagen, verzweifelt und wirke orientierungslos. Der Antrieb im Gespräch sei unauffällig. Der Beschwerdeführer berichte jedoch, dass er unter Antriebslosigkeit leide, alles als anstrengend empfinde und unter Energielosigkeit leide. Er leide unter Schlaflosigkeit und Appetitverlust. Es gebe keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Er habe aber öfters Gedanken der Sinnlosigkeit, verspüre den Wunsch, einfach nur zu fliehen. Seine Verpflichtungen als Ehemann und Vater würden ihn davon abhalten, suizidal zu handeln (S. 3 unten). Seit dem 10. Oktober 2012 werde der Beschwerdeführer behandelt (S. 2 Ziff. 1.2), aktuell finde eine ambulante sozial psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung inklusive Psychopharmakotherapie mit im Durchschnitt zweiwöchentlichen Terminen statt (S. 4 Ziff. 1.5).

Seit dem 26. Oktober 2015 und bis auf weiteres sei der Beschwerdeführer voll ständig arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 1.6). Zusätzlich zur depressiven Erkrankung würden gewisse Charaktereigenschaften wie übertriebene erhöhte eigene Leistungsansprüche die Arbeitsfähigkeit erschweren. Zusätzlich bestünden Einschränkungen in den schriftlichen Deutschkenntnissen (S. 4 Ziff. 1.7). Die Prognose sei unklar, sie hofften auf eine positive Wirkung der neuverordneten Antidepressiva. Der Beschwerdeführer werde aber wohl länger arbeitsunfähig sein. Er sei motiviert, wieder zu arbeiten, benötige aber Unterstützung in der beruflichen Eingliederung, damit er wieder in seinem erlernten Beruf tätig sein könne (S. 4 oben und S. 5 oben). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nicht angezeigt (S. 5 Mitte). Eine berufliche Eingliederung wäre wahrscheinlich mit einem Teilzeitpensum zu beginnen und die Stellenprozentage wären langsam zu steigern (S. 5 Ziff. 1.8). 3.6

Am 15. April 2016 hielten lic . phil. A. ___ und Dr. B. ___ fest, insgesamt gebe es keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes. Am 14. Januar 2016 sei eine Herzoperation durchgeführt und daraufhin die Medikation umgestellt worden. Trotz stetiger Erhöhung der Dosis habe auch dieses Medikament keine positive Wirkung gezeigt, so dass im Sinne einer Augmentation ein zusätzliches Medikament eingeführt worden sei (Urk. 9/50 Ziff. 1). Insgesamt gebe es keine Veränderung zum Bericht vom 9. Oktober 2015. Nach wie vor wäre der Beschwerdeführer sehr motiviert zu arbeiten. Es falle ihm schwer, zu akzeptieren, dass dies aktuell nicht realisierbar sei (Ziff. 2). Bis auf Weiteres bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 3). Die Behandlung bestehe aus einer ambulanten sozialpsychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung inklusive Psychopharmakotherapie mit zwei wöchentlichen Gesprächen (Ziff. 6). Sollte sich der psychische Gesundheitszustand auch mit Hilfe einer Augmentation nicht verbessern, werde ein Versuch mit Elektrokonvulsionstherapie (EKT) gestartet (Ziff. 8). 3.7

Am 29. Juni 2016 bestätigten lic . phil. A. ___ und Dr. B. ___ einen stationären Gesundheitszustand (Urk. 9/48 Ziff. 1.1) mit unveränderter Diagnose (Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer zeige alle Symptome einer schweren depressiven Erkrankung und wirke sehr verzweifelt. Es falle ihm sehr schwer, dass er nicht funktionieren könne und habe Angst, dass sich sein psychischer Zustand nie verändern werde und er nie mehr arbeitsfähig

werde. Er sei bereit, alles für eine Verbesserung zu unternehmen (Ziff. 1.3). Seit dem 26. Oktober 2015 sei der Beschwerdeführer in der bisherigen wie auch in angepassten Tätigkeiten voll ständig arbeitsunfähig (Ziff. 2.1). Es fänden zweiwöchige Termine statt und es sei beabsichtigt, den Beschwerdeführer für eine EKT anzumelden (Ziff. 3.1). 3.8

Der behandelnde Psychologe lic. phil. A.____ und med. pract. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, F.____ erstatteten am 22. Februar 2017 ihren Bericht (Urk. 9/115). Sie diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode (Ziff. 4) und führten aus, der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei längere Zeit auf demselben niedrigen Niveau geblieben und verbessere sich nur allmählich, so dass er im Oktober 2016 ein Arbeitstraining habe beginnen können. Der Beschwerdeführer habe dieses aber bald beendet, vor allem, weil er sich von einer Vorgesetzten kritisiert gefühlt habe. Er wünsche sich nun einen direkten Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt. Trotz Vorbehalten der begleitenden Personen sei er von seinem Entschluss nicht abzubringen. Es sei zu befürchten, dass er sich übernehme und ein Scheitern einen erneuten Rückschlag auslösen würde. Es sei vereinbart worden, dass er ab Januar 2017 in der Arbeitssuche als Ingenieur unterstützt werden solle. Deswegen sei der Beschwerdeführer ab Januar 2017 zu 80 % arbeitsfähig geschrieben (Ziff. 1). Seit zirka Oktober 2016 habe sich der psychische Gesundheitszustand im geringen Mass allmählich verbessert. Der Beschwerdeführer berichte, dass er nicht permanent niedergeschlagen sei, es manchmal besser

gehe, er auch wenig mehr Energie habe. Im Verlauf habe er es auch wieder vermehrt und ohne allzu grosse Anstrengung geschafft, alltägliche Verrichtungen wie bei spielsweise Duschen regelmässig durchzuführen. Auch schaffe er es vermehrt, seine Aufgaben als Vater wahrzunehmen (Ziff. 3). Es finde nach wie vor eine ambulante sozialpsychiatrische Behandlung inklusive Psychopharmakotherapie mit zweiwöchentlichen Terminen statt (Ziff. 8). 3.9

In ihrem Bericht vom 9. Juli 2017 nannten lic. phil. A.____ und med. pract. E.____ als Diagnosen unverändert eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (Urk. 9/112 Ziff. 1.2). Es gebe keine Veränderungen zum Bericht vom 15. April 2016. Der Beschwerdeführer leide nach wie vor an einer schweren depressiven Störung mit Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Gedankenkreisen (Ziff. 1.3). Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, auch eine angepasste Tätigkeit sei nicht möglich (Ziff. 2.1). Die Behandlung bestehe in einer ambulanten sozialpsychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung inklusive Psychopharmakotherapie mit zweiwöchentlichen Gesprächen (Ziff. 3.1). Die Installation einer wirksamen Medikation habe sich bei diesem Patienten als sehr schwierig erwiesen. Sollte auch die erneute Medikationumstellung keine positive Wirkung zeigen, sei noch einmal die Möglichkeit einer EKT zu prüfen. Dies sei des Öfteren mit dem Beschwerdeführer besprochen worden. Er stehe dieser einerseits skeptisch gegenüber, wolle andererseits aber alles unternehmen, damit es ihm bessergehe (Ziff. 4.1). 3.10

In ihrem Verlaufsbericht vom 24. November 2017 (Urk. 3/5) nannten lic. phil. A.____ und Dr. E.____ folgende Diagnosen (S. 2): - rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronifizierte, therapieresistente Depression - Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) - Asthma bronchiale - Essentielle Hypertonie - Akuter ischämischer zerebrovaskulärer Insult am 26. August 2015

Der Beschwerdeführer habe vom 13. Juli bis 31. August 2017 Vorbereitungsgespräche im Sanatorium G.____ geführt, vom 14. bis 31. August 2017 sei eine EKT mit vier Sitzungen durchgeführt worden. Der Behandlungsverlauf sei erschwert gewesen, da es dem Beschwerdeführer schwer gefallen sei, sich auf das für die EKT notwendige therapeutische Setting einzulassen. Eine vom Beschwerdeführer gewünschte ambulante EKT ohne Begleitung nach Hause habe das Sanatorium G.____ nicht anbieten können, sodass im gegenseitigen Einvernehmen ein vorzeitiges Ende der EKT erfolgt sei. Der Zustand habe sich seit Therapiebeginn nicht massgeblich verbessert, eine Aussage über die Wirksamkeit der EKT lasse sich aufgrund der erst vier durchgeführten Behandlungssitzungen jedoch nicht machen. Während den Sitzungen wirke der Beschwerdeführer massiv niedergeschlagen. Er weine oft und wirke verzweifelt. Suizidalität verneine er, mache sich aber immer wieder Gedanken. Eine dringend empfohlene Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik lehne er vehement ab, dies würde für ihn das absolute Eingeständnis seiner Krankheit bedeuten und sein psychischer Zustand würde sich verschlechtern, wenn er mit anderen Patienten zusammen wäre, denen es auch schlecht gehen würde (S. 1 f.). Am 6. September 2017 sei ein erneuter Versuch mit einem anderen Antidepressivum gestartet worden, bisher zeige die neue Medikation keine positive Wirkung. Ein Gespräch mit der Ehefrau des Beschwerdeführers am 22. November 2017 habe die neue Erkenntnis ergeben, die den vorbestehenden Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung erhärtet hätten (S. 2).

E. 4

mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

E. 4.1

Unbestritten ist, dass sich der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht vom Schlaganfall vom 26. August 2015 sowie der nachfolgenden Herzoperation voll ständig erholt hat. In den Akten liegen keine Hinweise dafür vor, dass die Arbeitsfähigkeit diesbezüglich andauernd eingeschränkt wäre (E. 3.1, E. 3.3), etwas Anderes wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht (vgl. E. 2.2).

Was sodann den psychischen Gesundheitszustand betrifft, liegen ausschliesslich Berichte der behandelnden Fachärzte beziehungsweise des Psychologen lic. phil. A.____ vor, welche seit Oktober 2015, mit Ausnahme eines Berichtes im Februar 2017, durchgehend eine schwere depressive Episode diagnostizierten und dem entsprechend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten (E. 3.2, E. 3.4-3.7, E. 3.9-3.10). Zur Begründung führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführer zeige alle klassischen Symptome einer schweren depressiven Erkrankung mit Niedergeschlagenheit, Gedankenkreisen, Unkonzentriertheit und Verzweiflung (E. 3.2, E. 3.7).

Bei genauer Betrachtung der vorliegenden Berichte erweist sich der medizinische Sachverhalt trotz der Diagnose einer schweren depressiven Episode allerdings als unklar.

E. 4.2

Gemäss den Angaben der behandelnden Fachpersonen

zeigt der Beschwerdeführer alle klassischen Symptome einer schweren depressiven Erkrankung mit Niedergeschlagenheit, Gedankenkreisen, Unkonzentriertheit und Verzweiflung (E. 3.2, E. 3.7). In ihrem Bericht vom 13. Januar 2016 hielten lic. phil. A.____

und Dr. B. ___ hingegen fest, Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis seien im Gespräch unauffällig, auch der Antrieb fiel nicht als eingeschränkt auf. Der Beschwerdeführer selber gebe jedoch an, er habe öfters Mühe, sich zu konzentrieren und sei ständig am Grübeln. Er leide auch unter Antriebslosigkeit und Energielosigkeit und empfinde alles als anstrengend (E. 3.5). Dass die klassischen Symptome einer schweren depressiven Erkrankung erfüllt sind, ergibt sich somit mindestens teilweise lediglich aus den Angaben des Beschwerdeführers selber, nicht jedoch aus Beobachtungen der Fachärzte.

E. 4.3

Bezüglich der Behandlung der diagnostizierten schweren depressiven Episode ergibt sich aus den Akten, dass diese - mindestens seit Januar 2016 - in zweiwöchentlichen sozialpsychiatrischen / psychotherapeutischen Sitzungen inklusive Psychopharmakotherapie besteht (E. 3.5-3.9). Die medikamentöse Behandlung wurde zwar sowohl bezüglich der Wahl des Präparates als auch hinsichtlich der Dosierung immer wieder angepasst und verändert, bislang konnte jedoch bei keinem der verschriebenen Medikamente eine positive Wirkung festgestellt werden (E. 3.4-3.6, E. 3.9-3.10). Eine stationäre Behandlung, welche sich bei einer derart lang andauernden und als schwer diagnostizierten depressiven Erkrankung aufdrängen würde und vom behandelnden Psychologen auch schon dringend empfohlen wurde, konnte bislang aufgrund des Widerstandes des Beschwerdeführers nicht durchgeführt werden (E. 3.10). Ebenso wurde eine EKT im Sanatorium G. ___ abgebrochen, nachdem es dem Beschwerdeführer nicht gelungen war, sich auf das notwendige therapeutische Setting einzulassen und seinen Forderungen nach einer ambulanten EKT ohne Begleitung nach Hause nicht entsprochen werden konnte (E. 3.10). Schwer nachvollziehbar ist, weshalb die Therapie-sitzungen bei einer diagnostizierten schweren depressiven Erkrankung während Jahren lediglich alle zwei Wochen stattfinden und aufgrund des ausbleibenden Erfolges nicht auch noch andere Therapieansätze verfolgt wurden.

E. 4.4

Im Verlauf fällt sodann die Tatsache auf, dass dem Beschwerdeführer zwar einerseits seit Oktober 2015 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wurde und Lic. phil. A. ___ im Januar 2016 festhielt, eine allfällige berufliche Eingliederung wäre wahrscheinlich mit einem Teilzeitpensum zu beginnen und die Stellenprozente wären langsam zu steigern (E. 3.5). Andererseits wurde im Bericht vom 22. Februar 2017 auf ausdrückliches Drängen des Beschwerdeführers, welcher die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen trotz bestehender Vorbehalte des behandelnden Psychologen wie auch des Psychiaters wünschte, ab Januar 2017 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert (E. 3.8). In der Folge war der Beschwerdeführer in der Lage, im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen während mehr als zwei Wochen an der Potentialabklärung teilzunehmen (vgl. Abschlussbericht vom 22. November 2016, Urk. 9/67) und während zwei einhalb Monaten in einem Pensum von 80-90 % ein Arbeitstraining auf dem ersten Arbeitsmarkt zu absolvieren (vgl. Verlaufsprotokoll vom 2. Juni 2017, Urk. 9/99; Abschlussbericht vom 28. Juni 2017, Urk. 9/111). Dabei vermochte er eine Leistung zu erbringen, aufgrund welcher sich der Vorgesetzte sogar vorstellen konnte, dem Beschwerdeführer eine Festanstellung anzubieten (vgl. Urk. 9/111 S. 6 Mitte). Nach Abbruch der Massnahmen wurde ab Juli 2017 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (E. 3.9).

Es erscheint nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer, bei welchem seit Jahren eine schwere depressive Erkrankung diagnostiziert wurde, im Jahre 2017 in der Lage war, nach längerer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ein Pensum von 80-90 % zu bewältigen. Auf diese Frage findet sich in den medizinischen Berichten der behandelnden Fachpersonen keine plausible und überzeugende Antwort.

E. 4.5

Insgesamt lässt sich das Gesamtbild der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers - welcher im Übrigen auch in der Lage war, sich selbständig bei der Beschwerdegegnerin für die Durchführung von beruflichen Massnahmen zu melden (vgl. Urk. 9/53) und diese trotz Vorbehalten seitens der Behandler wie auch der Beschwerdegegnerin auch anzutreten - nur schwer mit der gestellten Diagnose einer schweren depressiven Erkrankung in Einklang zu bringen. Die Beurteilungen in den Berichten von lic . phil. A.____ und Dr. B.____ beziehungsweise Dr. E.____ erscheinen damit wenig überzeugend und plausibel. Hinzu kommt, dass die bei den Akten liegenden medizinischen Berichte - entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (vgl. E. 2.1) - nicht genügen, um das vom Bundesgericht für alle psychischen Erkrankungen vorgesehene strukturierte, ergebnisoffene Beweisverfahren anhand von Standardindikatoren durchzuführen (vgl. E. 1.2) .

Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt damit als nicht genügend abgeklärt und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine psychiatrische Begutachtung veranlasst, aufgrund welcher die Auswirkungen der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung anhand der verschiedenen Standardindikatoren einzelfallgerecht und ergebnisoffen beurteilt werden können. Nach Vorliegen der notwendigen Angaben wird über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu zu befinden sein.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen .

E. 5

.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 7

00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Jacqueline Schmid Bürkli - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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