

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00079 vom 23. August 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00079 du 23 août 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00079 del 23 agosto 2019

Erwägungen

E. 3

Mit Verfügung vom 24. September 2012 (Urk. 6/45) verneinte die Beschwerde gegnerin erstmals den Anspruch des Versicherten auf eine Rente der Invalidenversicherung. Dabei wurde nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, vgl. Urk. 6/42/3) insbesondere in Erwägung gezogen, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2012 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit wieder uneingeschränkt arbeitsfähig sei. Die Arbeitsunfähigkeit habe insgesamt weniger als ein Jahr andauert, weshalb kein Rentenanspruch entstanden sei.

E. 4

.5.7

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass dem Versicherten körperlich schwere Arbeiten mit repetitivem Heben und Tragen schwerer Lasten aus rheumatologischer Sicht nicht mehr zumutbar seien. Für die aktuell ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in der Oberflächentechnik wie auch für jegliche körperlich leichte und mittelschwere berufliche Tätigkeit sei von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Eine Einschränkung von 30 % liege aus psychischen Gründen für die Tätigkeit als IT-Fachkraft vor. Der Beginn der attestierten Arbeitsunfähigkeit sei auf September 2016 festzusetzen. Retrospektiv gelte die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters (Urk. 6/113/44 f.).

E. 4.4

Mit Verlaufsbericht vom 5. September 2016 teilte Dr. D.____ mit, dass sich die schwere Depression mit ausgeprägtem Erschöpfungssyndrom und einer Lebenssinnkrise deutlich gebessert habe. Die Energie sei zurückgekehrt und der Versicherte sei motiviert, sich schrittweise wieder in einen Arbeitsprozess zu integrieren. Nach wie vor leide er jedoch unter einem Tinnitus bei zu viel Stress und sei in diesem Zusammenhang auf Ruhepausen angewiesen (Urk. 6/103/1).

E. 4.5.1

Dem polydisziplinären C.____-Gutachten vom 23. Februar 2017 sind im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (Urk. 6/113/40 f.): - dekompensierter Tinnitus auris beidseits bei - gleichzeitig bestehender depressiver Symptomatik - leichter beginnender Innenohrschwerhörigkeit beidseits - passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.81) - psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) im Rahmen der Tinnitus-Erkrankung - leichtes thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Sachverständigen demgegenüber namentlich folgende (Urk. 6/113/41): - rezidiierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33 .4) - Adipositas Grad III - Hyperbilirubinämie , differentialdiagnostisch Morbus Meulengracht

E. 4.5.2

Im Rahmen der Untersuchung durch Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, habe der Versicherte über chronische und belastungsabhängige Rückenschmerzen geklagt, welche sich in letzter Zeit akzentuiert hätten. Die Schmerzen träten einerseits bei langer unveränderter Körperposition und andererseits beim Heben und Tragen sogar geringer Lasten auf. Bis anhin seien weder medikamentöse noch physiotherapeutische Behandlungen der muskuloskelettalen Beschwerden durchgeführt worden (Urk. 6/113/17 f.). Aus ärztlicher Sicht habe sich ein leichtes thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Hohl-/Rundrücken sowie leichter Skoliose, diskreten degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule und moderatem Baastrup -Phänomen an den Lendenwirbelkörpern 3-5 eruieren lassen.

Hinsichtlich des anamnestisch vorhandenen Morbus Scheuermann habe die aktuelle bildgebende Untersuchung einzig diskrete Veränderungen der kaudalen Brustwirbelsäule und des thorakolumbalen Übergangs ergeben. Die vom Versicherten geschilderten Lumbalgien und Schmerzen im Nacken sowie im dorsalen Schultergürtelbereich beidseits beim Heben respektive Tragen geringer Lasten von zwei bis fünf Kilogramm könne unter Berücksichtigung der objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunde aus fachärztlicher Sicht nicht erklärt werden. Die Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit habe im Bereich einer mindestens mittelschweren körperlichen Tätigkeit mit seltenem Heben und Tragen von Lasten bis 25 Kilogramm gelegen. Eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit könne von rheumatologischer Seite lediglich für schwere berufliche Tätigkeiten mit repetitivem Heben schwerer Lasten begründet werden. Eine quantitative oder qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der aktuell vom Versicherten ausgeführten beruflichen Tätigkeit sei vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehbar (Urk. 6/113/43).

E. 4.5.3

Dr. med. G.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrer Teilexpertise fest, dass sich der Versicherte dahingehend geäußert habe, unter keinen allgemein-internistischen Beschwerden zu leiden (Urk. 6/113/36). Aus ärztlicher Sicht habe sich eine Adipositas Grad III bei einem Body-Mass-Index von 40 kg/m² sowie eine Hyperbilirubinämie feststellen lassen. Diese Erkrankungen hätten allerdings keine Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zur Folge (Urk. 6/113/38 f.).

E. 4.5.4

Im Zuge der Untersuchung durch Dr. med. H.____ , Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie, habe der Beschwerdeführer im Wesentlichen berichtet, seit mindestens sechs bis maximal zehn Jahren unter einem beidseitigen Tinnitus zu leiden. Mit diesem Geräusch habe er über viele Jahre gut leben können; es habe ihn nicht wirklich gestört. Seit Ende 2013 respektive Anfang 2014 sei der Tinnitus jedoch deutlich verstärkt vorhanden, sodass er mittlerweile zur Qual geworden sei. Es sei ein penetrantes Geräusch, welches auch nicht durch normalen Umgebungslärm kaschiert werden könne und eigentlich ständig vorhanden sei. Nicht nur wegen des Tinnitus leide er unter Schlafproblemen, sodass er ein

bis zwei Mal pro Woche eine komplette Nacht nicht schlafen könne. Dies relativiere sich allerdings, da er meistens in der darauffolgenden Nacht jeweils einen genügenden Schlafdruck habe, um den Schlaf nachzuholen (Urk. 6/114/1).

Gemäss Dr. H. ____

habe der Versicherte im strukturierten und validierten Tinnitus-Interview, welches ein guter Indikator für die psychische Gesamtbelastung des Tinnitus sei, mit 32 von maximal 40 Punkten ein ganz klar dekompenziertes Stadium erreicht. Die ununterbrochene Präsenz und Aufdringlichkeit des Ohrgeräusches sei die Hauptquelle der subjektiven Tinnitusbelastung. Der Tinnitus lenke den Versicherten von Tätigkeiten ab und beeinträchtige die Konzentration. Sowohl das erhöhte Anspannungsgefühl als auch die vegetative Übererregbarkeit sowie die Schlafprobleme würden häufig mit einem Tinnitus einhergehen. Zudem bestehe ein deutlicher Zusammenhang des Schweregrades der Depression mit dem Tinnitus. Insgesamt sei die Tinnitusbelastung beim Beschwerdeführer nachvollziehbar. Bei Verbesserung der depressiven Symptomatik müsse auch von einer Verringerung der Tinnitusbelastung ausgegangen werden. Vorläufig sei eine mindestens 20%ige

tinnitusbedingte Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, welche durch die vermehrte Pausenbedürftigkeit infolge Ablenkung durch den Tinnitus bei erhöhter Konzentrationsleistung begründet sei. Als Hauptursache der Arbeitsunfähigkeit sei im eigentlichen Sinne nicht der Tinnitus einzustufen, sondern die psychiatrische Grunderkrankung (Urk. 6/114/2 f.).

E. 4.5.5

Dem neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. pl. psych.

I. ____

ist im Wesentlichen zu entnehmen, dass die Untersuchung ein sehr heterogenes Leistungsbild ergeben habe. In einigen Testverfahren sei eine recht gute Leistungsfähigkeit gezeigt worden; in anderen habe der Versicherte jedoch unterdurchschnittliche bis weit unterdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Die Ergebnisse der formalisierten Beschwerdvalidierung seien teilweise hoch auffällig gewesen. Bei einfachen Gedächtnisaufgaben seien die Resultate im Leistungsbereich von hospitalisierten Demenz-Patienten im fortgeschrittenen Stadium gelegen. Eine derart schwere kognitive Störung liege beim Versicherten allerdings nicht vor. In der Gesamtbeurteilung bestünden unter Einbezug der Verhaltensbeobachtung, der Ergebnisse der Beschwerdvalidierung sowie des Testprofils inklusive der eingebetteten Verfahren erhebliche Zweifel an einer ausreichenden Mitwirkung des Beschwerdeführers in der Untersuchung. Aufgrund der verminderten Kooperationsbereitschaft habe kein gültiges Testprofil erhalten werden können. Mit den in den Akten beschriebenen Diagnosen seien die aktuell erhobenen, ausgeprägten Minderleistungen nicht zu vereinbaren. Zudem bestehe eine deutliche Diskrepanz zum Leistungsniveau im Alltag. Es seien Hinweise für eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn vorhanden. Es könne allerdings nicht darauf geschlossen werden, dass keine kognitiven Einbußen vorliegen. Im Rahmen affektiver Störungen seien leichte bis moderate kognitive Einschränkungen möglich, auch nach Besserung der depressiven Symptomatik. Die Abschätzung allenfalls tatsächlich vorhandener Leistungseinbußen sei auf der Grundlage der vorliegenden Testergebnisse jedoch nicht möglich (Urk. 6/114/9 f.).

E. 4.5.6

Anlässlich der psychiatrischen Exploration durch Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe der Versicherte berichtet, unter verschiedenen Beschwerden wie häufigen Kopf- und Nackenschmerzen und einem hartnäckigen Tinnitus

zu leiden. Ausserdem könne er mit Stress nicht mehr um gehen. Begonnen hätten die Beschwerden etwa im Jahr 2011; damals sei er auch aufgrund einer Depression und einer Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitäts störung (ADHS) in psychiatrischer Behandlung gewesen (Urk. 6/113/21). Im Rahmen der Untersuchung sei der Beschwerdeführer gemäss Dr. J.____ wach, bewusstseinsklar, teils zugewandt und teils verschlossen, jedoch soweit auskunftsbereit und kooperativ gewesen. Er habe sich zu Ort, Zeit, Person und Situation vollumfänglich orientiert gezeigt.

Im Weiteren hätten sich weder in Bezug auf das formale noch auf das inhaltliche Denken Anhaltspunkte für Störungen ergeben. Gleiches gelte für Zwänge und Rituale.

In Bezug auf den Schlaf habe der Explorand auf teilweise massive Beeinträchtigungen durch den Tinnitus hingewiesen, wobei sich im Gesprächsverlauf keine Erschöpfung oder Ermüdung habe objektivieren lassen. Affektiv habe der Versicherte mehrheitlich euthym imponiert, teilweise jedoch auch wenig schwingungsfähig, auslenkbar und verschlossen. Er habe gewisse Ängste unter Menschen in der Öffentlichkeit beschrieben. Hinsichtlich Antrieb und Psychomotorik hätten sich keine Auffälligkeiten feststellen lassen. Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung hätten eben falls nicht vorgelegen (Urk. 6/113/23).

Aus psychiatrischer Sicht erfülle der Versicherte unter Berücksichtigung der Vorakten die Diagnosekriterien für eine rezidivierende depressive Störung. Aktuell sei diese jedoch als remittiert zu betrachten. Auch die behandelnde Psychiaterin habe von einer Verbesserung berichtet. Infolge der Remission der depressiven Erkrankung sei mit Blick auf die Tinnitus-Diagnose nicht auf eine Anpassungsstörung, sondern auf die Diagnose «psychische Faktoren und Verhaltens einflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten» (ICD-10 F54) zu schliessen. Das Vorliegen von ADHS sei aus gutachterlicher Sicht möglich, allerdings würden einige Aspekte an dieser Diagnose zweifeln lassen. So habe der Versicherte in der Kindheit gerne Orgel gespielt und eine solche auch selbst zusammengebaut. Die autodidaktische Aneignung von Computer- und Software-Programmieren setze ebenso eine gewisse kognitive Beschäftigung und Ausdauer voraus, was eher gegen die Diagnose ADHS spreche. Einzig die Stellenwechsel seien ein mögliches Anzeichen für die Diagnose, jedoch seien diese eventuell auch branchenbedingt typisch beziehungsweise häufiger. Hinsichtlich der Persönlichkeit des Exploranden sei anzumerken, dass er im Zuge der Untersuchung zurückhaltend bis verschlossen gewirkt habe. Bereits am nächsten Tag habe er allerdings eine geharnischte E-Mail an ihn [den Gutachter] geschrieben, unter anderem mit dem Inhalt, sich manchmal wie ein Stück Dreck zu fühlen und als Simulant abgetan zu werden. Aus gutachterlicher Sicht seien insgesamt die Aspekte einer passiv-aggressiven (negativistischen) Persönlichkeitsstörung erfüllt (ICD-10 F60.81). Insbesondere verschleppe der Versicherte Routineaufgaben, sei trotzig, «vergesse» Verpflichtungen, sei reizbar bei unwillkommenen Bitten und könne Kritik respektive Autoritätspersonen nicht ertragen. Lebensgeschichtlich lasse sich die Persönlichkeitsstörung anhand der frühen Prägung durch die Zeit im Heim miterklären (Urk. 6/113/29 f.).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei zurzeit unter Einbezug der erhaltenen Funktionen und Ressourcen von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit in der aktuell vom Versicherten ausgeübten Tätigkeit als Galvaniker auszugehen. Für die ursprüngliche Tätigkeit im IT-Bereich sei eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % anzunehmen. Diese Einschätzung habe seit September 2016 Geltung. Retrospektiv habe ab Januar 2014 eine 100%ige, ab August 2014 eine 80%ige, ab Januar 2015 eine 60%ige und ab Mai 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (Urk. 6/113/33 ff.).

E. 4.5.8

Nach entsprechender Rückfrage durch die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 6/138) hielten Dr. J. ___ und dipl. psych. I. ___ mit Stellungnahme vom 19. September 2017 (Urk. 6/140) jeweils an ihrer Beurteilung fest und erachteten die vom Versicherten im Vorbescheidverfahren

erhobene Kritik (vgl. Urk. 6/134) als unangebracht.

E. 5

.2

Von rheumatologischer Seite wurde nachvollziehbar dargelegt, weshalb der Beschwerdeführer aufgrund des leichten thorakolumbovertebralen Schmerzsyndroms keine körperlich schweren Arbeiten mit repetitivem Heben und Tragen von schweren Lasten mehr ausführen kann (Urk. 6/113/43). Dies wird denn auch von beiden Parteien nicht in Frage gestellt. Gleiches gilt in Bezug auf die Einschätzung der Internistin Dr. G. ___, wonach sich namentlich die morbide Adipositas nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 6/113/38 f.).

In oto-rhino-laryngologischer

Hinsicht wurde ein dekompenzierter Tinnitus auris beidseits diagnostiziert (Urk. 6/114/2). Eine organisch ausgewiesene Schädigung als Ursache für den Tinnitus konnte nicht eruiert werden. Vielmehr besteht gemäss Dr. H. ___ ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Depression und dem Tinnitus. In einer solchen Konstellation ist die Frage, ob die von Dr. H. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht überzeugt

(vgl. Urk. 1 S. 1), in Nachachtung der bundesgerichtlichen Praxis im Rahmen der nachfolgenden

Indikatorenprüfung

zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8 C_175/2018 vom 27. September 2018 E. 6 mit Hinweisen).

E. 5.3.1

Uneinigkeit besteht bezüglich der Frage, ob auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. J. ___ abgestellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass das Bundesgericht zwischenzeitlich erkannt hat, dass nunmehr grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind.

In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht

per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigenurteile – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

E. 5.3.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 5.3.3

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_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). 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 überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2).

E. 5.4.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass Dr. J._____

nebst einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), eine passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.81) sowie psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) im Rahmen der Tinnitus-Erkrankung diagnostizierte (Urk. 6/113/34).

Dies habe jeweils eine leichte Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Proaktivität und Spontaneität, der Kompetenz- und Wissensanwendung, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Widerstands-, Durchhalte- und Gruppenfähigkeit zur Folge (Urk. 6/113/34, 6/113/44). Aufgrund dessen sei der Beschwerdeführer auf eine selbstwerterhöhende Tätigkeit mit geringem Zeitdruck und Arbeitstempo, selbstbestimmbaren Arbeits- und Pausenzeiten sowie geringen Anforderungen an die Team- oder Gruppenfähigkeit angewiesen (Urk. 6/113/36, 6/113/45).

Unbestritten ist, dass die depressive Symptomatik zwischenzeitlich remittiert ist, was nicht nur angesichts des von Dr. J. ___ erhobenen Psychostatus überzeugt (vgl. Urk. 6/113/23), sondern auch mit Blick auf den der Begutachtung vorangegangenen Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. D. ___ vom 5. September 2016 nahelegt (Urk. 6/103). Soweit der Beschwerdeführer hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung den vom Gutachter verwendeten Diagnose-Code in Frage stellt (Urk. 1 S. 2), ist zum einen darauf hinzuweisen, dass nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit entscheidend sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4). Zum anderen legte Dr. J. ___ dar, dass sich insbesondere für eine narzisstische Persönlichkeit sowohl im Rahmen der Exploration als auch aktenanamnestisch keine ausgeprägten Anhaltspunkte ergeben hätten (Urk. 6/113/30). Es bleibt unklar, inwiefern der Versicherte darin einen Widerspruch zu seiner persönlichen Einschätzung

erkennen will, wonach sein Narzissmusanteil nie speziell hoch gewesen sei.

Auch die übrigen Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 1 f.) sind nicht geeignet, die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Sachverständigen zu entkräften.

So hielt Dr. J. ___ in Kenntnis der vorangegangenen medizinischen Akten fest, dass kein sicherer Hinweis für eine bipolare Störung vorliege, da es keine Anzeichen für eine in diesem Kontext zwingend vorausgesetzte Manie oder Hypomanie gebe (Urk. 6/113/28). Solche sind namentlich auch den Berichten der seit März 2013 behandelnden Psychiaterin Dr. D. ___ nicht zu entnehmen (vgl. Urk. 6/59, 6/103 und 6/134/18). Von weiteren Abklärungen sind in diesem Kontext daher entgegen der Argumentation des Versicherten keine neuen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, sodass darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3).

Betreffend ADHS führte Dr. J. ___ sodann aus, dass basierend auf der Lebensgeschichte des Versicherten mit vielen Jobwechseln und teilweiser Unterforderung bei der ursprünglichen Tätigkeit als Galvaniker im Ergebnis nicht auszumachen sei, dass dieses Syndrom vorliege. Eher gegen diese Erkrankung spreche jedoch das Orgelspiel in der Kindheit sowie die autodidaktische Aneignung von Computer- und Softwareprogrammierkenntnissen, da dies eine gewisse kognitive Beschäftigung und Ausdauer voraussetze. Der Versicherte sei ausserdem in der Lage gewesen, beruflich über lange Zeit in der IT-Branche Fuss zu fassen und Karriere zu machen (Urk. 6/113/29 f.).

In Anbetracht dieser nachvollziehbaren Überlegungen

kann auf die Schlussfolgerung des Gutachters abgestellt werden, wonach

die Diagnose ADHS nicht gestellt werden kann.

Eine direkte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

lässt sich folglich in diesem Zusammenhang nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herleiten.

Entscheidend und zusätzlich zu prüfen ist im Folgenden allerdings rechtsprechungsgemäss, ob nach den übrigen Standardindikatoren auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störungen zu schliessen ist, der sich nach den konkreten Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch beeinträchtigt ist (BGE 143 V 418 E. 5.2.3).

E. 5.4.2

Zum Indikator der Therapieresistenz ist anzumerken, dass mittels einer

ambulant psychiatrischen Behandlung eine Remission der rezidivierenden depressiven Störung erreicht werden konnte. Im Falle des erneuten Auftretens der Symptomatik wäre aus Sicht der Gutachter die Wiederaufnahme einer antidepressiven Psychopharmakotherapie zu evaluieren. Folglich sind die Behandlungsmöglichkeiten auch bei einer allfälligen zukünftigen depressiven Episode nicht ausgeschöpft. In Bezug auf die Persönlichkeitsstörung und den Tinnitus

wurde aus psychiatrischer und otologischer Sicht ausserdem eine kognitive Verhaltenstherapie empfohlen (Urk. 6/113/33, 6/113/45 und 6/114/3).

E. 5.4.3

In Bezug auf den Indikator «Komorbiditäten» ist zu bemerken, dass Wechselwirkungen zwischen der - aktuell remittierten - rezidivierenden depressiven Störung und dem dekompensierten Tinnitus bestehen. So treten Letzterer gemäss Dr. H. ___ vermehrt zum Vorschein, wenn es dem Versicherten psychisch schlecht geht. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Depression und dem Tinnitus. Die Hauptursache der Arbeitsunfähigkeit bilde daher

nicht der Tinnitus, sondern die psychische Grunderkrankung (Urk. 6/114/2 f.).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 1) besteht somit keine Diskrepanz zwischen der oto-rhino-laryngologischen und der polydisziplinären Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Auch im Rahmen der Konsensbesprechung gelangten die Sachverständigen zum Schluss, dass die aus otologischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit in derjenigen, welche von psychiatrischer Seite attestiert wurde, enthalten sei (Urk. 6/113/43 ff.). Dies erweist sich angesichts des Umstands, dass die Hauptursache der Arbeitsunfähigkeit in der psychischen Grunderkrankung zu sehen ist, als schlüssig.

Das thorakolumbovertbrale Schmerzsyndrom beschrieben die Gutachter als leicht und beeinträchtigend lediglich für schwere berufliche Tätigkeiten, welche den Tätigkeitsbereich des Beschwerdeführers nicht berühren (vgl. E. 4.5.2). Der entsprechenden somatischen Begleiterkrankung sind daher keine Ressourcen hemmende Wirkung zuzuschreiben.

E. 5.4.4

Was den Komplex «Persönlichkeit» anbelangt, gilt es zu beachten, dass eine passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.81) vorliegt.

Gemäss Einschätzung von Dr. J.____ seien die komplexen Ich-Funktionen jedoch trotzdem mehrheitlich gegeben respektive ressourcenmässig vorhanden. Die Aspekte Realitätsprüfung und Urteilsbildung sowie die Beziehungsfähigkeit und die Kontaktgestaltung seien beim Versicherten im Alltag gegeben. Er sei darüber hinaus auch in der Lage, seine Interessen - soweit ihm möglich – durchzusetzen und habe beispielsweise auch im Rahmen des Wiedereingliederungsprozesses Tätigkeiten organisiert. Teils persönlichkeits-störungsbedingt reagiere der Beschwerdeführer allerdings bei Widerstand oder Ablehnung mit Enttäuschung, Verbitterung und einer depressiven Reaktion sowie teilweise mit einem Vermeidungsverhalten (Urk. 6/113/31). In diesem Sinne ist eine ressourcen hemmende Wirkung der Persönlichkeitsstruktur anzuerkennen.

E. 5.4.5

Zum sozialen Lebenskontext hielt Dr. J.____ gestützt auf die Aussagen des Beschwerdeführers fest, dass jener mit seiner Ehefrau und einem erwachsenen Sohn in einem Haus wohne. Sowohl zu ihnen als auch zu seinen weiteren drei Söhnen pflege er ein sehr gutes Verhältnis. Er habe darüber hinaus zwei gute Freunde; mehr brauche er nicht. Er sei schon immer eher ein Einzelgänger gewesen. Zu seiner Mutter habe er kaum Kontakt, da diese an Schizophrenie erkrankt sei und psychotisch sowie vorwiegend imponiere. Zum Vater habe der Versicherte zwei Jahre vor dessen Tod wieder eine Beziehung aufbauen und sich versöhnen können (Urk. 6/113/22 f. , 6/113/32).

Ob sich der Beschwerdeführer wie in den Jahren zuvor weiterhin in der Freikirche engagiert (vgl. Urk. 6/32/3, 6/39/3), lässt sich den Akten nicht entnehmen. Unabhängig davon ist ein krankheitsbedingter sozialer Rückzug jedenfalls nicht ausgewiesen. Der Versicherte verfügt über ein stützendes Beziehungsnetz, welches begünstigende Ressourcen bereithält. Aus gutachterlicher Sicht ist er grundsätzlich auch mit einer guten lebenspraktischen und kommunikativen Kompetenz ausgestattet (Urk. 6/113/32).

E. 5.4.6

In Bezug auf die beweisrechtlich entscheidende Kategorie «Konsistenz» ist zu nächst festzuhalten, dass sich anlässlich der psychiatrischen Exploration keine Anhaltspunkte für eine Simulation oder eine Dissimulation ergaben. Trotz gewissen Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Testung konnten keine sicheren Indizien für eine ausgeprägte Aggravationstendenz nachgewiesen werden (Urk. 6/113/33). Es ist nicht zu beanstanden, dass Dr. J.____ die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung in seine Beurteilung miteinfließen liess . Den

von

dipl. psych. I.____ festgestellten Hinweisen auf eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem sekundären Krankheitsgewinn (vgl. Urk. 6/114 /10 , 6/140) wurde im Rahmen des ärztlichen Ermessensspielraums und entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 2 f.) angemessen Rechnung getragen. So bildete dieser Gesichtspunkt unter anderem neben der eigenständigen Befunderhebung sowie der einlässlichen Auseinandersetzung mit den Vorakten bloss ein Element der Beurteilung und wirkte sich im Ergebnis nicht in erheblicher Weise auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus.

Zur Konsistenz gilt es im Weiteren zu beachten, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu erkennen ist.

Der Beschwerdeführer hat im August 2016 eine Tätigkeit als Mitarbeiter Oberflächentechnik bei der A.____ aufgenommen, wobei das initial 50%ige Arbeitspensum noch im gleichen Monat auf 25 % reduziert wurde (Urk. 6/99, 6/113/16) . Im weiteren Verlauf wurde das Pensum wieder auf etwa 50 % erhöht, wobei der Versicherte gemäss eigenen Angaben dabei eine etwas geringere Produktionsleistung erbringt (Urk. 1 S. 3). Den rund halbstündigen Arbeitsweg legt er jeweils mit seinem Personenwagen zurück. Nach seiner Heimkehr nimmt er gemeinsam mit der Ehefrau das Mittagessen ein und legt sich für einige Stunden hin, um die Gedanken «ab zu schalten». Gelegentlich geht er nachmittags auch nochmals seiner Arbeit nach. Abends liest er, unternimmt Spaziergänge mit seiner Gattin oder beschäftigt sich mit dem Internet . Informatik bedeutet ihm viel. Gesamthaft verfügt der Beschwerdeführer somit über eine geregelte Tagesstruktur und ist auch in seiner Mobilität nicht eingeschränkt. Zurückzusehen ist jedoch , dass er aufgrund des beeinträchtigten Schlafs im Tagesverlauf auf Ruhephasen angewiesen ist (Urk. 6/113/16, 6/113/21).

Auf einen nicht zu vernachlässigenden Leidensdruck lassen die vom Beschwerdeführer seit mehreren Jahren in Anspruch genommenen therapeutischen Optionen schliessen. Seit spätestens September 2016 wird allerdings nur noch jede zweite bis dritte Woche eine psychotherapeutische Sitzung bei Dr. D.____ durchgeführt. Auf die regelmässige Einnahme von Medikamenten verzichtet der Versicherte , was in Anbetracht der von ihm geschilderten erheblichen Schlafstörungen überrascht. Einzig bei Schmerzen greift er auf Ibuprofen aus der Reserve zurück (Urk. 6/103/2, 6/113/22 und 6/113/33) .

E. 5.4.7

Zusammenfassend ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass auf die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % für die aktuell vom Versicherten ausgeübte Tätigkeit in der Oberflächen technik beziehungsweise von 30 % für die angestammte Tätigkeit als Informatiker abgestellt werden kann.

Damit wurde namentlich den grundsätzlich leicht gradigen krankheitsbedingten Einschränkungen , der Komorbidität zwischen der depressiven Erkrankung , dem Tinnitus und den Rückenbeschwerden , der ressourcenhemmenden Persönlichkeitsstruktur sowie dem erhöhten Erholungsbedarf des Versicherten hinreichend Rechnung getragen.

Ferner ist diese Beurteilung mit dem Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers und dem konkret ausgewiesenen Leidensdruck vereinbar.

E. 6.1

Ausgehend von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Informatiker ab September 2016 erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich. Sowohl das Valideneinkommen als auch das Invalideneinkommen sind gestützt auf die selbe Bemessungsgrundlage und der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Der Invaliditätsgrad liegt demnach bei nicht rentenberechtigenden 30 % (vgl. E. 1.2).

Anzumerken bleibt, dass das Invalideneinkommen nicht nach der beruflich-erwerblichen Situation

zu bestimmen ist, in welcher der Beschwerdeführer konkret steht (vgl. Urk. 1 S. 3 f.). Hierzu wäre gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung unter anderem erforderlich, dass

der Versicherte die ihm verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft. Darüber hinaus müsste die nach Eintritt der Invalidität aufgenommene Erwerbstätigkeit im Rahmen eines besonders stabilen Arbeitsverhältnisses ausgeübt werden (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 4 72 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/ aa). Beide Voraussetzungen sind in Bezug auf die vom Beschwerdeführer ab August 2016 bei der A.____ aufgenommene Tätigkeit als Mitarbeiter Oberflächentechnik nicht erfüllt.

E. 6.2

Hinsichtlich der von den Gutachter n

ab Januar 2014 attestierten abgestuften Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.5.6) ist darauf hinzuweisen, dass ein Rentenanspruch erst entstehen kann, wenn während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG). Damit bildet der Januar 2015 den Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns. Damals war auch die Karenzfrist von sechs Monaten nach der Anmeldung zum Leistungsbezug, welche am 8 . Mai 2014 erfolgt war (Urk. 6/47), bereits abgelaufen (Art. 29 Abs. 1 IVG). Gemäss gutach terlicher Beurteilung war der Beschwerdeführer von Januar bis April 2015 zu generell 60 % und danach von Mai 2015 bis und mit August 2016 zu 50 % arbeitsunfähig. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1

IVV , wonach eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen ist, sobald sie ohne wesentliche Unterbre chung drei Monate gedauert hat, bestand somit grundsätzlich von Januar bis Juli 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und danach von August 2015 bis und mit November 2016 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

E. 6.3

Gemäss Art. 29 Abs. 2 IVG entsteht der Rentenanspruch nicht, solange die ver sicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann. Taggelder werden für die Dauer der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Sinne von Art. 8 Abs. 3 IVG ausgerichtet (Art. 22 Abs. 1 IVG). Anders verhält es sich bei Integrationsmassnahmen gestützt auf Art. 14a IVG und bei Massnahmen der Wiedereingliederung. Während der Durchführung dieser Massnahmen wird an stelle eines Taggeldes die Rente weiter ausgerichtet (Art. 22 Abs. 5 ter IVG).

Der Beschwerdeführer absolvierte ab Februar 2015 bis August 2016 verschiedene Massnahmen im Sinne von Art. 14 a IVG (vgl. dazu das Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen; KSIM) und für deren Dauer wurden ihm Taggelder ausgerichtet. Den Auftakt machte eine Potentialabklärung im Februar 2015 (Tag geldbezug: 2. Februar bis zum 1. März 2015; Urk. 6/67 ff.). Es folgten ein Belast barkeitstraining von Mai bis August 2015 (Taggeldbezug: 4. Mai bis 3. August 2015; Urk. 6/76 ff.), ein Aufbaustraining (Taggeldbezug: 4. August

2015 bis 3. Februar 2016; Urk. 6/81 ff.) und ein Arbeitstraining (Taggeldbezug: 4. Februar bis 3. August 2016; Urk. 6/89 ff.).

Nach dem Wortlaut von Art. 22 Abs. 5 ter

IVG geht der Rentenanspruch dem Tag geld bezug vor. Den Taggeldbezug wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Nachzahlung der Rente zu berücksichtigen haben.

E. 7

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Versicherten zu Unrecht gänzlich verneint. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 11. Dezember 2017 (Urk. 2) dahingehend abzuändern, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer von Januar bis Juli 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelrente und danach von August 2015 bis und mit November 2016 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr.

E. 9

00.-- werden dem Beschwerdeführer zu zwei Dritteln (Fr. 600.--) sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel (Fr. 300.--) auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - AXA Stiftung Berufliche Vorsorge, Winterthur 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 Fehr Würsch

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