

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00230 vom 1. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00230

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00230 du 1 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00230 del 1 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, ist gelernter Hochbauzeichner (Urk. 6/3 Ziff. 5.3) und war zuletzt für die Y.____ tätig (Urk. 6/3 Ziff. 5.4), als er sich am 20. August 2015 unter Hinweis auf verschiedene Beschwerden, unter anderem eine rezidivierende Depression, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 6/3 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte beim Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 17. Mai 2017 erstattet wurde (Urk. 6/40).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/50, Urk. 6/56) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 1. Februar 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 41 % eine Viertelsrente ab 1. Februar 2016 zu (Urk. 6/67 = Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

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 ei nander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, wa rum 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 gestell ten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen be ruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychi schen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Aus einandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfol gerungen 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 deut lich 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.). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 6. März 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 1. Februar 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm

rückwirkend ab 1. Februar 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk.

1 S.

2).

Mit Beschwerdeantwort vom 25. April 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 11. Juni 2018 zur Kennt nis gebracht wurde (Urk. 7). Am 14. September 2018 reichte der Beschwerdefüh rer eine Beschwerdeergänzung ein und beantragte, es sei eine psychiatrisch-or thopädische Expertise anzuordnen (Urk. 8-9). Mit Schreiben vom 3. Oktober 2018 verzichtete die Beschwerdegegnerin ausdrücklich auf das Einreichen einer Stel lungnahme (Urk. 11) , worauf der Beschwerdeführer a m 21. Dezember 2018 eine weitere Stellungnahme einreichte (Urk. 12-13). Dies wurde den Parteien am 3. Ja nuar 2019 mitgeteilt (Urk. 14). Am 27. Juni 2019 reichte der Beschwerdeführer einen in seiner Eingabe vom 14. September 2018 zitierten medizinischen Bericht nach (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, auf das Gutachten könne abgestellt werden. Von Juni 2014 bis Februar 2015 sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig gewesen, v on März 2015 bis Ende des Wartejahres per Ende Mai 2015 habe die Arbeitsunfähigkeit 50 % betragen. Die verspätete Anmeldung führe jedoch zu einem Rentenanspruch erst ab Februar 201 6. Zu diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer für eine angepasste Tätigkeit aus rein orthopädischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig gewesen, die psychischen Beschwerden schränkten ihn jedoch dauerhaft zu 40 % ein (S. 4).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, auf das Z. ___ -Gutachten könne nicht abgestellt werden. Der orthopädische Teilgutachter gehe von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der angestammten Tätigkeit als Hochbauzeichner aus, begründe diese Einschätzung jedoch nicht und verkenne auch die wirtschaftliche Realität, wonach die Tätigkeit eines Hochbauzeichners nicht mit reduzierter Leistung ausgeübt werden könne (S. 3 f. Ziff. 2.1). Die Arbeit sei sodann alles andere als abwechslungsreich. Es sei zudem nicht nachvollziehbar, weshalb die Diagnosen der drei Spontanpneumothorax bei bullösem Lungenemphysem ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sein sollen, wie dies der internistische Teilgutachter ohne Begründung aufführe. Er leide unter brennenden Dauerschmerzen am Thorax (S. 4 Mitte). Hinzu komme die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (S. 4 Ziff. 2.2). Trotz massiver Einschränkungen der Ressourcen postuliere der psychiatrische Teilgutachter eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei zu Unrecht verneint worden. Er leide seit seiner Jugend an depressiven Störungen und Cluster-Kopfschmerz. Es treffe auch nicht zu, dass er über Jahre seiner beruflichen Tätigkeit als Hochbauzeichner habe nachgehen können, aus gesundheitlichen Gründen habe er unzählige Stellenwechsel vornehmen müssen. Der berufliche Werdegang sei alles andere als eine Zeit ohne psychische Störungen mit Krankheitswert (S. 5 f.). Gemäss dem Bericht der behandelnden Psychiaterin der A. ___ seien mehr als sieben Kriterien für die Diagnosestellung einer Depression erfüllt. Über dies bejahe sie das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (S. 6 Ziff. 2.3). Gemäss ihrer Auffassung bestünden rigide Muster des Denkens, Fühlens und Handelns, welche seit mindestens der Jugendzeit stabil andauerten, auf mehrere Lebensbereiche einen negativen Einfluss hätten und beim Beschwerdeführer einen grossen Leidensdruck auslösten. Diese Einschätzung stimme vollständig überein mit den zahlreichen beruflichen Misserfolgen. Aus dem IK-Auszug gehe hervor, dass er nie in der Lage gewesen sei, eine Stelle während mehr als einem Jahr zu halten (S. 7 Mitte). Die Psychiaterin sei der Auffassung, dass aufgrund des schweren Ausprägungsgrades der depressiven Erkrankungen keine beruflichen Massnahmen zumutbar seien und die bisher durchgeführten medizinischen und medikamentösen Behandlungen ausreichend seien (S. 8). Nicht akzeptierbar sei zudem das Invalideneinkommen gemäss LSE-Tabelle Ziff. 17 Bürokräfte und verwandte Berufe. Er sei in der freien Wirtschaft nicht vermittelbar für eine Bürotätigkeit mit Präsenz von 100 % und 60 % Leistung, er besitze keine entsprechende Ausbildung (S. 10 Ziff. 2.4).

In seiner Eingabe vom 14. September 2018 (Urk. 8) hielt der Beschwerdeführer unter Verweis auf eine Beurteilung durch Dr. med. B. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 9), daran fest, dass auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. C. ___ nicht abgestellt werden könne (S. 2 Ziff. 1). Er leide überdies an invalidisierenden Kopfschmerzen, Lungenproblemen und Rückenleiden. Der orthopädische Chirurg Dr. D. ___ sei der Auffassung, dass aufgrund der hier völlig verschiedenen chronischen, schweren Krankheiten keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei (S. 3 Ziff. 2).

Am 21. Dezember 2018 verwies der Beschwerdeführer sodann auf einen Bericht von Dr. E. ___, gemäss welchem die bisherigen Behandlungen mit diversen Antidepressiva, Physiotherapie, TCM, Hypnose und Chirotherapie frustriert und erfolglos verlaufen seien. Das chronische Postthorakotomie-Syndrom rechts erweise sich in Kombination mit den zusätzlichen Diagnosen sowie der Co-Morbidität Depression als untherapierbar und somit

auch als unüberwindbar (Urk. 12 -13).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist demnach der Invaliditätsgrad beziehungsweise der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3 . 3. 1

In ihrem Bericht vom 13. März 2013 (Urk. 6/23/6-7) diagnostizierten die Ärzte des F.____ ein zweites Rezidiv eines sekundären Spontanpneumothorax rechts. Der Beschwerdeführer sei am 12. Februar 2013 operiert worden (vgl. Operationsbericht vom 12. Februar 2013, Urk. 6/23/4-5). Er berichte, bei insgesamt gutem Befinden zu sein. Die pulmonale Leistung sei nicht eingeschränkt, sportlicher Betätigung könne er problemlos nachgehen. Es zeige sich ein erfreulicher postoperativer Verlauf mit klinisch unauffälligem Patienten und radiologisch fehlendem Hinweis auf ein erneutes Pneumothoraxrezidiv (S. 1). 3. 2

Vom 26. März bis 8. April 2013 war der Beschwerdeführer erneut im F.____

hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 8. April 2013 (Urk. 6 / 23 /8-9) diagnostizierten die Ärzte ein drittes Rezidiv eines sekundären Spontanpneumothorax rechts sowie einen Clusterkopfschmerz. Nach einer prolongierten Fistelung hätten beide Thoraxdrainagen entfernt werden können. Die Lunge zeige sich weiterhin ausgedehnt, sodass der Beschwerdeführer in stabilem Allgemeinzustand mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause habe entlassen werden können (S. 1).

Eine Verlaufskontrolle am 30. April 2013 ergab einen aus thoraxchirurgischer Sicht klinisch sowie radiologisch erfreulichen Verlauf, die Behandlung sei abgeschlossen (Urk. 6/23/14-15). 3. 3

Eine am 18. Juni 2014 durch die Ärzte des G.____ , Radiologie, vorgenommene MRI-Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule ergab eine fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 mit Retroposition des LWK5 gegenüber SWK1 sowie leicht- bis höchstens mässiggradiger

Osteochondrose der restlichen lumbalen wie auch thorakalen Segmente (Urk. 6/23/1) . 3. 4

In ihrem Bericht vom 13. Mai 2015 (Urk. 6/23/2-3) nannten die Ärzte des G.____ , Pneumologie/ Somnologie , folgende Diagnosen (S. 1): - Verdacht auf muskuloskelettale

Thoraxschmerzen - thorakovertebrales beziehungsweise thorakolumbovertebrales Syndrom - thorakospondylogenes beziehungsweise thorakokostales Syndrom rechts - rezidivierende Spontanpneumothoraces rechts - Clusterkopfschmerz

Der Beschwerdeführer stelle sich bei persistierenden Thoraxschmerzen zur pneumologischen Beurteilung vor. Seit zwei Jahren beziehungsweise seit der letzten Thorakoskopie bestehe ein rechtsthorakaler Schmerz, dieser aggraviere bei tiefer Inspiration, Husten und Niesen und bessere bei Bauchlage (S. 1). Die Spirometrie zeige überraschenderweise formal normale statische und dynamische Lungenvolumina, wenn auch diese eher an der unteren Grenze der Norm seien. Die Ätiologie der Schmerzen dürfte wohl im Bereich des muskulären beziehungsweise skelettalen Systems liegen, differentialdiagnostisch denkbar wäre auch eine Schmerzursache im Rahmen der beschriebenen Bandscheibenproblematik (S. 2). 3. 5

Die behandelnde Ärztin der A.____ , H.____,

Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 14. Januar 2016 (Urk. 6/17) folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10), bestehend seit der Kindheit - Status nach schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome Januar 2015 - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und passiv-aggressiven Anteilen (ICD-10 F61.0), bestehend seit der Jugend

Die depressive Symptomatik zeige sich unter der bisherigen ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit Einsatz verschiedener antidepressiver Psychopharmakotherapien bis zum aktuellen Zeitpunkt unverändert, ausser dass sich die Angst- und Weinattacken zurückgebildet sowie die Schlafstörungen deutlich verbessert hätten (S. 3 Ziff. 1.4). Es sei davon auszugehen, dass unter einer weiterführenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit Einsatz de s

cognitive

behavioral

analysis

system

of

psychotherapy eine weitere Regredienz der aktuellen depressiven Episode erreicht werden könne. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung erschwere die eigentliche Behandlung der depressiven Störung, wirke sich negativ auf den Heilverlauf und die Prognose einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aus und sei durch psychotherapeutische Interventionen nur schwer zu beeinflussen (S. 4 Mitte). Bisher habe eine ambulante integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit einer Frequenz von wöchentlichen Einzelsitzungen mit kognitiv-behavioralen, störungsspezifischen Interventionen bezogen auf die depressive Störung stattgefunden. Je nach Krankheitsverlauf sei eine weitere Intensivierung des Behandlungssettings zu empfehlen (S. 4 Ziff. 1.5). Als Hochbauzeichner sei der Beschwerdeführer seit dem 20. Januar 2015 vollständig arbeitsunfähig (S. 5 Ziff. 1.6). Körperliche Einschränkungen bestünden aufgrund der psychiatrischen Erkrankungen nicht, durch den Ausprägungsgrad der depressiven Symptomatik jedoch Defizite der Konzentration bei komplexeren Aufgabestellungen. Die starke Antriebsminderung und die erhöhte Erschöpfbarkeit würden zudem eine verminderte Durchhaltefähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit ergeben. Die Symptome der kombinierten Persönlichkeitsstörung führten zudem zu einer verminderten Gruppenfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei auf einfach strukturierte, vorgegebene Arbeitsabläufe angewiesen, mit einem geringen Zeit- und Leistungsdruck sowie auf regelmässige Pausen. Die Symptome im Rahmen der kombinierten Persönlichkeitsstörung könnten zudem dazu führen, dass der Beschwerdeführer bei kleinsten Unstimmigkeiten am Arbeitsplatz durch entstehende Konflikte im psychischen Zustandsbild destabilisiert werde. Aus psychiatrischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hochbauzeichner nicht mehr zumutbar. Auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei aufgrund des aktuellen Ausprägungsgrades der depressiven Symptomatik im Beurteilungszitpunkt nicht möglich. Ab wann eine solche Tätigkeit möglich sein werde, hänge vom Krankheitsverlauf ab und könne noch nicht vorausgesagt werden (S. 5 f. Ziff. 1.7). 3. 6

Im Verlaufsbericht vom 12. September 2016 (Urk. 6/26) führte

Dr. I. ___ aus, aufgrund der Behandlungsresistenz und der vorhandenen chronischen Depression sei ab Januar 2016 ein Wechsel der psychotherapeutischen Methode zur cognitive behavioral analysis system of

psychotherapy, einer spezialisierten Therapieform für chronische Depressionen, erfolgt. Es habe sich jedoch gezeigt, dass einerseits eine notwendige Introspektionsfähigkeit und andererseits eine genügend ausgebildete psychische Belastbarkeit für das Gelingen des psychotherapeutischen Prozesses gefehlt hätten. Der Beschwerdeführer habe sich nicht ausreichend auf die Interventionen einlassen können und auch mit einer starken Erschöpfung und Verstärkung der Niedergestimmtheit auf die Psychotherapie sitzungen reagiert. Nach dreimonatiger Behandlung sei darum die psychotherapeutische Behandlung wiederaufgenommen worden. Die depressiven Symptome seien nach wie vor zu stark ausgeprägt, als dass eine genügend Belastbarkeit für einen intensiveren therapeutischen Prozess gegeben wäre. Bei Konfrontation mit interaktionellen Problemen reagiere der Beschwerdeführer jeweils mit einer unmittlerbaren Verstärkung der depressiven Symptome und akuter Suizidalität, so dass gegenwärtig ausschliesslich eine supportive Psychotherapie mit zweiwöchentlichen Konsultationen möglich sei (S. 1). 3. 7

Am 26. April 2017 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Ärzte des Z. ___ orthopädisch, psychiatrisch und internistisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 17. Mai 2017 (Urk. 6/40) nannten die Ärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 39 Ziff. 12.1): - Thorako-Lumbovertebralsyndrom bei Diskushernie Th10/11 mit Kompression der Nervenwurzel Th11 links mehr als rechts, Diskusprotrusion L3/4 mit leichter Dorsalverlagerung der Nervenwurzel L4 rechts und mässiger Spondylarthrose, schwerer Osteochondrose L5/S1 mit medianer Diskushernie und Spondylarthrose rechts mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte so dann folgende (S. 40 Ziff. 12.2): - Osteochondrose C5/6 mit Anterolisthesis C5 gegenüber C6 Grad I nach Meyerding - akzentuierte narzisstisch kränkbare und passiv aggressive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Präadipositas - bulläres Lungenemphysem, Status nach dreimaligem Spontanpneumothorax rechts 2007 - 2013, Oberlappenspitzenresektion mit Pleuraabrasio 2008, thorakoskopischer

Adhäsionslyse, Bullaresektion und Talkpleurodese 2013 und Re-Talkpleurodese 2013 - Nikotinabusus (10 pack years) - Verdacht auf arterielle Hypertonie - Horton'sche Neuralgie (cluster headache)

Aus orthopädischer Sicht könnten die thorakolumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der BWS und LWS im Wesentlichen auf die im MRI dokumentierte Diskushernie Th10/11 mit Kompression der Nervenwurzel Th11 beidseits zurückgeführt werden, ebenso wie die Ausstrahlung der Schmerzen in das Abdomen. Die lumbalen

Schmerzen seien durch die im MRI nachgewiesene Diskusprotrusion L3/4 sowie die deutliche Osteochondrose L5/S1 zumindest teilweise erklärt. Die bei der Untersuchung angegebene Hyposensibilität lateral am Oberschenkel links, medial am Oberschenkel rechts sowie am Unterschenkel und Fuss links sei dadurch aber nicht objektiviert. Auch das Ausmass der subjektiven Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit könne mit den objektiven Befunden nicht ganz nachvollzogen werden. Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten in kalter und feuchter Umgebung, vorwiegend sitzend oder stehend, mit häufig inklinierten, reklinierten und rotierten Körperhaltungen, könnten dem Beschwerdeführer nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden (S. 36).

Aus internistischer Sicht habe der Beschwerdeführer zwischen den Jahren 2007 und 2013 bei bullösem Lungenemphysem drei Spontanpneumothoraces mit anschliessenden chirurgischen Interventionen erlitten. Seither habe sich die Situation stabilisiert. Der Beschwerdeführer gebe noch muskuloskeletale

Thoraxschmerzen an, welche die Arbeitsfähigkeit aber nicht beeinträchtigten. Einen Cluster-Kopfschmerz erleide der Beschwerdeführer nur noch einmal jährlich. Aus internistischer Sicht fühle sich der Beschwerdeführer gesund und voll leistungsfähig, diese Beurteilung entspreche auch der gutachterlichen Einschätzung (S. 36 f.).

Etwa Mitte 2014 habe der Beschwerdeführer eine zunehmende depressive Störung entwickelt, weshalb er sich im Januar 2015 in psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Die behandelnde Psychiaterin habe eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome beschrieben. Unter antidepressiver Medikation habe nach etwa einem Monat eine leichte Besserung des psychischen Zustandsbildes erreicht werden können und es könne nach den anamnestischen Angaben und dem zu erhebenden psychischen Status seither eine anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom angenommen werden. Nach den beschriebenen Belastungen in der Kindheit und Jugendzeit, vor allem mit körperlichen Beschwerden, liessen sich Hinweise für akzentuierte, narzisstisch-kränkbare und passiv-aggressive Persönlichkeitszüge erheben, wobei die aggressiven Persönlichkeitszüge eher gegen sich selbst gerichtet seien. Der Beschwerdeführer sei seit jeher leicht kränkbar, verletzbar mit passiv-aggressiven Anteilen. Jedoch würden diese Persönlichkeitszüge nicht die Intensität einer Persönlichkeitsstörung erreichen (S. 37). Bei einer Persönlichkeitsstörung handle es sich um tief verwurzelte anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Es sei dem Beschwerdeführer jedoch möglich gewesen, eine Berufsausbildung als Hochbauzeichner zu erreichen und er habe auch über Jahre seiner beruflichen Tätigkeit nachgehen können, wobei es vor allem aufgrund der körperlichen Beschwerden zu häufigen Stellenwechseln gekommen sei. Damit hätten die zu erhebenden Persönlichkeitszüge nicht zu einer wesentlichen Störung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit geführt, sodass nur akzentuierte Persönlichkeitszüge anzunehmen seien. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Affektsteuerung, Impulskontrolle sowie Intentionalität und Antrieb seien vor allem durch die depressive Störung beeinträchtigt. Trotz der multiplen körperlichen Beschwerden bestünden keine Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Jedoch könne eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden in Zusammenhang mit der depressiven Störung angenommen werden. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe anfangs einmal pro Woche stattgefunden, seit zwei bis drei Monaten noch alle zwei Wochen, kombiniert mit

einer antidepressiven Medikation. Der Beschwerdeführer erhalte derzeit nur eine antidepressive Medikation abends, wo runter einer Besserung der Schlafstörungen, der Affektlabilität und der Suizidge danken habe erreicht werden können (S. 38). Nachdem bisher keine wesentliche Besserung der depressiven Störung habe erreicht werden können, solle weiterhin versucht werden, die antidepressive Medikation zu intensivieren, wobei aufgrund der bisherigen Nebenwirkungen und der bekannten Clusterkopfschmerzsymptomatik der Einsatz von Antidepressiva limitiert erscheine (S. 38 f.). Sollte unter ambulanten therapeutischen Massnahmen keine ausreichende Besserung des psychischen Zustandsbildes zu erreichen sein, könnten auch teilstationäre oder stationäre psychiatrische Behandlungen durchgeführt werden. Der Beschwerdeführer zeige einen deutlichen Leidensdruck. Trotz der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, könne eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden (S. 39).

Die Arbeitsfähigkeit als Hochbauzeichner, körperlich leicht, primär sitzend und in temperierten Räumen, betrage aus orthopädischen Gründen seit spätestens Juni 2014 bei voller Stundenpräsenz 70 %. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom und Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit, betrage die Arbeitsfähigkeit als Hochbauzeichner seit Februar 2015 gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50 % (S. 40 Ziff. 13.1). Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen könnten seit Juni 2014 bei voller Stundenpräsenz zu 100 % zugemutet werden. Seit Februar 2015 betrage die Arbeitsfähigkeit zusätzlich für Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 60 % (S. 40 f. Ziff. 13.2). Die Arbeitsfähigkeit bestehe seit Juni 2014 und einer sofortigen beruflichen Eingliederung stünden keine medizinischen Hinderungsgründe entgegen (S. 41 Ziff. 13.3). Aus psychiatrischer Sicht erscheine die Prognose nach dem bisherigen Krankheitsverlauf nur begrenzt günstig. Sollte trotz ambulanter therapeutischer Massnahmen keine Besserung des psychischen Zustandsbildes zu erreichen sein, sei eine teilstationäre oder stationäre Behandlung zu empfehlen. Unter diesen therapeutischen Massnahmen sei innerhalb eines Jahres im günstigen Fall eine Besserung des psychischen Zustandsbildes mit Leistungssteigerung und gesamthaft bei voller Stundenpräsenz etwa 70%iger Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zu erwarten (S. 41 Ziff. 13.4). 3.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches. Angesichts der bei der Beschwerdegegnerin am 24. August 2015 eingegangenen Anmeldung (vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 6 S. 1) besteht ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab dem

1. Februar 2016. Für die Vornahme des Einkommensvergleiches ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2016, abzustellen.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 6.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

Vor Eintritt des Gesundheitsschadens arbeitete der Beschwerdeführer als Hochbauzeichner, wobei er oft nur über kürzere Zeiträume bei demselben Arbeitgeber tätig war und häufig die Stellen wechselte. Dazwischen bezog er Arbeitslosenentschädigung (vgl. IK-Auszug, Urk. 6/9). Die Beschwerdegegnerin stütze sich deshalb für die Berechnung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne und ging vom Einkommen für «Sonstige Bürokräfte und verwandte Berufe» aus (vgl. Urk. 6/46 S. 1).

Dabei ist, wie erwähnt (vorstehend E. 6.1), von den Gegebenheiten des Jahres 2016 auszugehen, womit auf den von der IV-Stelle errechneten Betrag von Fr. 74'247.60 (Urk. 6/46, Urk. 2 S. 3) abzustellen ist, der vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wurde (Urk. 1 S. 10).

E. 6.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen

Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf Grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth ,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Dem Beschwerdeführer kann gemäss der Beurteilung im Z.____ -Gutachten eine körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung in einem Pensum von 60 % zugemutet werden. Die Tätigkeit als Hochbauzeichner erweist sich dabei als nicht mehr geeignet. Das Invalideneinkommen ist daher gestützt auf den standardisierten Durchschnittslohn in sämtlichen Zweigen des privaten Sektors zu bestimmen und es ist vom mittleren Lohn für Männer, die praktische Tätigkeiten wie Verkauf, Datenverarbeitung und Administration ausführen, auszugehen. Dieser belief sich im Jahre 2016 auf Fr. 5'646.-- (LSE 2016, Tabelle TA1, Total Männer, Niveau 2), mithin Fr. 67'752.-- im Jahr (Fr. 5'646.-- x 12). Unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Wochenstunden (vgl. vorstehend E. 6.2) ergibt dies für das Jahr 2016 ein Einkommen von rund Fr. 70'631.-- (Fr. 67'752. -- : 40 x 41.7). Nachdem dem Beschwerdeführer auch in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich ein Pensum von 60 % zugemutet werden kann, beträgt das Invalideneinkommen rund Fr. 42'379.-- (Fr. 70'631.-- x 0.6).

E. 6.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten

Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2 und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen kann nach der Gerichtspraxis in der Regel nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_366/2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen), ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteile des Bundesgerichts 9C_437/2015 vom 30. November 2015 E. 2.4; 8C_712/2012 vom 30. November 2012 E. 4.2.1 und 9C_708/2009 vom 19. November 2009 E. 2.3.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_146/2017 vom 7. Juli 2017 E. 5.2.2).

Bei Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ist unter dem Titel «Beschäftigungsgrad» ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn Teilzeitarbeit nach der im konkreten Fall anwendbaren Tabelle vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (Urteil 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Dagegen rechtfertigt der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber nur reduziert leistungsfähig ist, grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_581/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1).

Laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von 50-74 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 mit Hinweis). Denn auf dieser Ebene besteht bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 6'080.--) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'085.--) eine vernachlässigbare Differenz (von Fr. 5.--) und so mit keinem wesentlichen Unterschied. Bei Berücksichtigung der für das Jahr 2014 aktualisierten Tabelle besteht zwar bei den angegebenen Werten (Fr. 5'714.-- [Teilzeitpensum] und Fr. 6'069.-- [Vollzeitpensum]) eine Differenz von Fr. 355.-- oder 5.85 %. Daraus ergibt sich jedoch keine überproportionale Lohneinbusse (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 und 8C_12/2017 vom 28. Februar 2017 E. 5.5.2 mit Hinweisen).

Aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen kann dem Beschwerdeführer lediglich noch eine Tätigkeit ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte sowie ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung zugemutet werden. Daraus erhellt, dass wohl aus schliesslich Stellen ohne Kaderfunktion in Frage kommen und dementsprechend kein zusätzlicher Lohnabzug gerechtfertigt ist.

E. 6.5

Bei einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 42'379.-- (vorstehend E. 6.3) sowie einem Valideneinkommen von Fr. 74'247.60 (vorstehend E. 6.2) ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 31'868.60, was einem Invaliditätsgrad von rund 43% und damit einer Viertelsrente ab 1. Februar 2016 entspricht.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 1. Februar 2018 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christina Ammann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - 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 Kübler-Zillig

E. 8

In ihrer Stellungnahme vom 5. September 2017 (Urk. 6/57) führte

Dr. I. ___ aus, die im Gutachten genannten Diagnosen seien nicht zutreffend. Es sei weiterhin von einer gegenwärtig schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome bei rezidivierender depressiver Störung sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen (S. 1 Ziff. 1.1, S. 2 Ziff. 1.2).

Der Beschwerdeführer schaffe es seit der Kindheit/Jugend nicht, länger andauernde, enge zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und beruflich langfristig Fuss zu fassen. Es bestünden rigide Muster des Denkens, Fühlens und Handelns, welche seit mindestens der Jugendzeit stabil andauerten, auf mehrere Lebensbereiche einen negativen Einfluss hätten und beim Beschwerdeführer sowie den nahestehenden Personen einen grossen Leidensdruck auslösten (S. 2 oben). Aus ihrer Sicht sei der Beschwerdeführer bei den vorliegenden Diagnosen im ersten Arbeitsmarkt aufgrund der chronischen und schweren Ausprägung mit fehlender Belastbarkeit und der Gefahr einer weiteren Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bis zur akuten Selbstgefährdung im Rahmen von kleinsten Überforderungssituationen nicht vermittelbar. Das im Gutachten aufgeführte Belastungsprofil beschreibe die Anforderungen, welche üblicherweise für eine Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt zutreffen würden (S. 2 Ziff. 2.2). Die bisher durchgeführten medizinischen und medikamentösen Behandlungen seien ausreichend. Beim Beschwerdeführer liege eine homozygote Genvariante vor, welche die Passage von Antidepressiva durch die Blut-Hirn-Schranke deutlich behindere, so dass die meisten der gängig eingesetzten Antidepressiva unwirksam bis kaum wirksam seien. Psychotherapeutisch zeige sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Komorbidität der kombinierten Persönlichkeitsstörung in seiner Mitwirkungsfähigkeit eingeschränkt sei. Aufgrund des geäusserten Patientenwillens gegen eine Teilnahme an Gruppen-Behandlungsprogrammen wegen akuter Zunahme von depressiven Symptomen bei Reizüberflutung unter Menschen sei bisher auf eine Intensivierung des Behandlungssettings im Sinne einer tagesklinischen oder stationären Behandlung verzichtet worden. Die Fähigkeit zur Mitwirkung sei durch die narzisstischen und passiv-aggressiven Persönlichkeitszüge deutlich vermindert und eine Forcierung des Beschwerdeführers dazu wäre mit dem Risiko einer akuten Zunahme der depressiven Symptome und Suizidalität verbunden. Somit bleibe, das aktuelle Therapiesetting der Einzelsitzungen fortzuführen (S. 3 Ziff. 3). 3.9

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, führte am 7. April 2018 (Urk. 15) aus, es würden folgende Problemkreise vorliegen: Cluster Kopfschmerzen, Lungenprobleme, Rückenbeschwerden, chronische bis manische Depression mit neu aufgetretenen Angstattacken. Während eines Cluster-Kopfschmerz-Anfalls sei ein geordnetes Leben nicht möglich. Ein Mantelpneumothorax könne jederzeit auftreten und zu teilweise lebensbedrohlichen Situationen führen. Die schmerzhaften Residuen der Lungenoperationen führten zu permanenten Schmerzen im rechten Brustkorb (S. 2). Die orthopädischen Untersuchungsbefunde seien im Gutachten korrekt wiedergegeben worden, die Bildgebung korrekt interpretiert. Die Beurteilung sei jedoch nicht nachvollziehbar. Eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar, eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit eine Annäherung. Die Arbeitstätigkeit als Hochbauzeichner werde als körperlich leicht, primär sitzend und in temperierten Räumen beschrieben. Das sei nicht richtig, der Beruf als Hochbauzeichner stelle einen recht anstrengenden, konzentrierten Beruf mit einer ausschliesslich fixierten Haltung vor dem PC dar. Es sei alles andere als eine abwechslungsreiche Tätigkeit. Bei den bestehenden Konzentrationsstörungen seien Fehler programmiert mit möglichen fatalen Auswirkungen (S. 3). Seines Erachtens sei eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben. Die Kombination von vier völlig verschiedenen chronischen, schweren Krankheiten lasse eine Arbeitsfähigkeit nicht zu. Er könne der Beurteilung im Gutachten nicht zustimmen und empfehle eine neuerliche orthopädische Begutachtung (S. 4). 3.10

Der Bericht von Dr. med.

J.____, Fachärztin für Anästhesiologie, vom 15. Oktober 2018 (Urk. 13) wurde zwar erst nach Erlass der Verfügung vom Februar 2018 verfasst, er betrifft jedoch Beschwerden im Zusammenhang mit den erlittenen Pneumothoraces, welche bereits vor Erlass der Verfügung bestanden und Gegenstand des Gutachtens und somit der Verfügung waren, weshalb dieser Bericht vorliegend zu berücksichtigen ist. Dr. J.____ nannte darin die Diagnose eines chronischen Postthorakotomie Syndroms rechts mit Mixed Pain, Thoraxschmerzen (S. 1 und S. 2 unten). Als Lokalbefund erhob sie ein Flector-Pflaster rechts thorakal, die Angabe einer leichten Hyperalgesie im oberen Thoraxquadranten, eine unauffällige äusserliche Thoraxsilhouette und reizlose, nicht druckdolente Narben. Es bestehe auch keine sichere Druckdolenz thorakal, die Brustwirbelsäule sei nicht klopfdolent. Die Auswertung des Schmerzfragebogens habe im Bereich der Depressivität einen erhöhten Wert, eine deutliche Beeinträchtigung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie eine stark emotional gefärbte Beschreibung der Schmerzqualität ergeben. Der Versicherte favorisiere zu nächst weitere lokale schmerzreduzierende Massnahmen. Zusätzlich empfohlen werde ein erneuter Therapieversuch mit einem Antidepressivum und/oder einem Arzneistoff zur Behandlung der Epilepsie und neuropathischer Schmerzen. In Erwägung zu ziehen sei zudem die lokale Anwendung einer transcutanen elektrischen Nervenstimulation (S. 2). Als schmerzmodulierende Co-Faktoren bestünden eine Depression und Rechtsstreitigkeiten (S. 3).

E. 11

Die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte (Urk. 6/12/1-6, Urk. 6/23/10-13, Urk. 6/23/16-34, Urk. 6/25, Urk. 13) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevante Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann.

4. 4.1

Der Beschwerdeführer kritisiert das Z.____-Gutachten und macht insbesondere bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens geltend, dieses sei mangelhaft und erfülle die praxismässigen Kriterien nicht (E. 2.2). Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf die Ausführungen von Dr. B.____

in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2018 (Urk. 9) moniert, die Anamnese- und Befunderhebung sei oberflächlich und ungenau, ist darauf hinzuweisen, dass es der Fachkompetenz des begutachtenden Psychiaters überlassen ist, wie er die Exploration im Einzelnen durchführt. Zu verweisen ist dabei auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, welche ausdrücklich darlegt, welchen Anforderungen ein Gutachten zu genügen hat (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; vgl. vorstehend E. 1.5). Soweit der Beschwerdeführer bemängelt, dass sich die Befunderhebung auf die AMDP Befunddokumentation beschränke, verlangt die bundesgerichtliche Rechtsprechung für die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens einzig eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem (BGE 130 V 398 ff. E. 5.3 und E. 6), sie schreibt den Fachärzten nicht vor, wie sie bei der Exploration vorzugehen haben. Selbst das gänzliche Fehlen einer Fremdanamnese mindert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Eine Fremdanamnese mag zwar häufig wünschenswert sein, ist aber nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts I 305/06, vom 22. Mai 2007, E. 3.2).

Insgesamt ist das psychiatrische Teilgutachten des Z.____

nachvollziehbar und plausibel begründet, in seinen Schlussfolgerungen überzeugend und erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, sodass darauf abgestellt werden kann. 4. 2

Aus somatischer Sicht liegt zunächst ein

bulläres Lungenemphysem mit Status nach dreimaligem Spontanpneumothorax vor, welches jedoch gemäss den Ausführungen der Gutachter keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Der Beschwerdeführer selber hielt anlässlich der Begutachtung fest, er fühle sich aus internistischer Sicht gesund und voll leistungsfähig, auch der Cluster-Kopfschmerz trete lediglich noch einmal jährlich auf (E. 3.7). Diese Beurteilung stimmt denn auch mit derjenigen der Ärzte des F.____ überein, welche die Behandlung am 30. April 2013 abgeschlossen hatten (E. 3.2).

In Bezug auf den Bericht von Dr. J.____ (vorstehend E. 3.10) ist festzuhalten, dass sie keine objektiven, lokal festzustellenden Befunde erheben konnte, welche die geklagten Thoraxbeschwerden erklären konnten. Entsprechend kam Dr. J.____ zur Diagnose des chronischen Postthorakotomie

Syndroms rechts mit Mixed Pain, was einem chronischen Schmerz nach einer

Thorakotomie entspricht. Dieser wurde im Z.____-Gutachten berücksichtigt und als die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigend eingeschätzt (Urk. 6/40 S. 36 f.). Die gutachterliche Einschätzung wird durch den Bericht von Dr. J.____ nicht in Zweifel gezogen, zumal sie einerseits selber keine daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit attestierte und andererseits darauf hinwies, dass die Schmerzqualität stark emotional gefärbt beschrieben worden sei, mit einer Depression und Rechtsstreitigkeiten schmerzmodulierende Co-Faktoren beständen und sie unter anderem ein Antidepressivum als Therapie empfahl. Es resultieren damit aus dem Bericht von Dr. J.____ keine objektiven Befunde, welche geeignet wären, die gutachterliche Einschätzung in Frage zu stellen.

Was sodann die orthopädischen Beschwerden betrifft, erklärte Dr. D.____ ausdrücklich, die orthopädischen Untersuchungsbefunde seien im Gutachten korrekt wiedergegeben und die Bildgebung korrekt interpretiert worden. Allerdings erklärte er die anschliessende Beurteilung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als nicht nachvollziehbar und führte aus, eine Arbeitsfähigkeit sei aus seiner Sicht nicht mehr gegeben (E. 3.9).

Dr. D.____ legte jedoch weder begründet noch nachvollziehbar dar, inwiefern die übereinstimmend erhobenen Befunde sich konkret in Abweichung von den Z.____-Gutachtern auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Es handelt sich somit um eine andere Beurteilung der Beeinträchtigungen, ohne dass diese andere Beurteilung plausibler erscheint, zumal auch unklar blieb, ob bei der Beurteilung der Rückenprobleme durch Dr. D.____ tatsächlich lediglich die Rückenprobleme berücksichtigt wurden angesichts der in diesem Zusammenhang erwähnten Konzentrationsschwierigkeiten (Urk. 9 S. 3 unten). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers

legten die Gutachter somit auch somatisch ihre Beurteilung nachvollziehbar und überzeugend begründet dar (E. 3.6).

Die Ausführungen von Dr. D.____ vermögen daran nichts zu ändern. Zu beachten ist bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insbesondere auch, dass es bislang zu keinen

Ausfallerscheinungen gekommen ist und dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung des Belastungsprofils zugemutet werden kann. Es liegen im Übrigen keine weiteren medizinischen Befunde bei den Akten, welche dieser Beurteilung entgegenstehen würden.

Insgesamt ist somit der medizinische Sachverhalt aus somatischer Sicht als da hingehend erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hochbauzeichner seit Juni 2014 noch in einem Pensum von 70 % zugemutet werden kann. Für körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen ist der Beschwerdeführer sodann seit Juni 2014 voll ständig arbeitsfähig . 4.3

Bezüglich der psychischen Beschwerden ging der psychiatrische Gutachter von einer rezidivierenden depressiven Störung aus , gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (E. 3.7). Er führte unter Hinweis auf die aktuell erhobenen Befunde nachvollziehbar begründet aus, dass derzeit keine Hinweise für eine schwere depressive Episode vorliegen würden (Urk. 6/40 S. 28 Ziff. 7.5, vgl. auch S. 24 Ziff. 7.2) . Demgegenüber diagnostizierte die behandelnde Ärztin Dr. I.____ zunächst ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode (E. 3.5-6) , ging in ihrem Bericht vom 5. September 2017 jedoch von einer schweren depressiven Episode aus (E. 3.8) , ohne die ihrer Ansicht nach eingetretene Verschlechterung näher zu begründen oder mittels Befunden zu belegen. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode vermag sodann auch deshalb nicht zu überzeugen, da der Beschwerdeführer nach wie vor eine supportive Psychotherapie mit lediglich zweiwöchentlichen Konsultationen besucht (vgl. E. 3.6). Selbst wenn, wie dies Dr. I.____ am 5. September 2017 unter Hinweis auf den aktuellen Gesundheitszustand ausführte, eine Teilnahme an Gruppen-Behandlungsprogrammen nicht möglich ist (E. 3.8), erscheint es nicht nachvollziehbar, weshalb bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode die Behandlung nicht mittels Einzelsitzungen intensiviert und ein Behandlungsrhythmus von zwei Wochen als genügend erachtet wird.

Was sodann die von Dr. I.____ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung betrifft, verwies der psychiatrische Gutachter auf die abgeschlossene Berufsausbildung und die jahrelange Tätigkeit als Hochbauzeichner und führte aus, die beim Beschwerdeführer festgestellten narzisstisch-kränklichen und passiv-aggressiven Persönlichkeitszüge würden nicht die Intensität einer Persönlichkeitsstörung erreichen. Die häufigen Stellenwechsel sodann sind gemäss den eigenen Aussagen des Beschwerdeführers auf körperliche Beschwerden zurückzuführen (E. 3.7). 4.4

Insgesamt erweist sich die Beurteilung durch den psychiatrischen Gutachter als nachvollziehbar und überzeugend, weshalb darauf abgestellt werden kann. Der medizinische Sachverhalt ist demnach gestützt auf das Z.____ -Gutachten als da hingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2015 aus orthopädischen sowie psychiatrischen Gründen in seiner angestammten Tätigkeit als Hochbauzeichner noch 50 % arbeitsfähig ist, ihm jedoch eine körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen, ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung in einem Pensum von 60 % zugemutet werden kann. 5. 5.1

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiterer Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestische Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (erwähntes Urteil 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 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).

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). 5.2

Nach dem Gesagten ist im Folgenden zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Z.____-Gutachten möglich, weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. 5.3.5.3.1

Im Rahmen der ersten Kategorie des «funktionellen Schweregrades» ergibt sich mit Bezug auf den ersten Indikator («Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome») aus dem Gutachten, dass der Beschwerdeführer deutlich niedergedrückt, affektiv vermindert leidend, nicht aufhellbar, teils etwas dysphorisch und psychomotorisch leicht unruhig ist. Der Gedankengang ist kohärent, das Denken flüssig und geordnet, es gibt keine Hinweise für Denk- und Wahrnehmungsstörungen, Zwänge oder Ich-Störungen. Der Beschwerdeführer wirkt im Denken negativistisch auf seine körperlichen und psychischen Beschwerden eingeeignet und äussert bei fehlenden Zukunftsperspektiven Zukunftsängste und Existenzängste. Es lassen sich Suizidgedanken erheben, die unter Medikation abgeschwächt sind, Hinweise für eine akute suizidale Einengung finden sich jedoch nicht. Die Motivation und Interessen sind deutlich vermindert. Hinzu kommen Schlafstörungen mit Durchschlafstörungen trotz Medikamenteneinnahme. Es lassen sich Insuffizienzgefühle erheben mit deutlich vermindertem Selbstvertrauen und mangelndem Selbstwertgefühl (Urk. 6/40 S. 21 Ziff. 5.2). Demnach bestehen beim Beschwerdeführer deutliche psychische Beeinträchtigungen.

Zum Tagesablauf führte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung aus, wenn er schlafen könne, stehe er gegen 9 oder 10 Uhr auf, füttere die Katze, trinke Kaffee und sehe anschliessend fern. Er sei morgens völlig antriebslos und müde. Ab zirka 14 Uhr kaufe er täglich ein, danach sehe er wieder fern. Dann bereite er sich das Abendessen (meist Fertiggerichte) und esse zwischen 17.30 und 18 Uhr. Danach sehe er wieder fern. Zwischen 19 und 19.30 Uhr nehme er die Abendmedikation mit Surmontil ein und gehe zwischen 22 und 23.30 Uhr ins Bett. Hobbies habe er keine, er habe auch früher keine Hobbies ausgeübt (Urk. 6/40 S. 18 Ziff. 3.2.6).

Zum zweiten Indikator («Behandlungserfolg oder -resistenz») hielt der psychiatrische Gutachter fest, der Beschwerdeführer befinde sich seit Januar 2015 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. I.____, anfangs einmal pro Woche und seit zwei bis drei Monaten alle zwei Wochen. Die derzeitige Medikation umfasst Flectoparin

morgens sowie Surmontil 200 mg a bends. Auf andere Antidepressiva habe der Beschwerdeführer mit Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Schwitzen reagiert (Urk. 6/40 S. 19 Ziff. 3.2.9). Beim Beschwerdeführer liegt nachgewiesenermassen zufolge einer genetischen Disposition eine Bluthirnschranke vor, welche die Behandlung mit Antidepressiva einschränkt (E. 3.8, vgl. auch Urk. 6/58) und dementsprechend die vom psychiatrischen Gutachter empfohlene Intensivierung der antidepressiven Medikation erschwert. Hingegen wurden noch nicht alle therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft, selbst wenn eine stationäre oder teilstationäre Behandlung aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar sein sollte. So liegen beispielsweise auch keine Angaben zu alternativen Behandlungsmethoden vor.

Als Komorbidität sind das Thorako-Lumbovertebralsyndrom, die Osteochondrose sowie der Cluster-Kopfschmerz zu erwähnen, wobei letzterer gemäss den eigenen Angaben des Beschwerdeführers lediglich noch einmal pro Jahr auftritt (E. 3.7). 5. 3 .2

Bezüglich Persönlichkeit hielt der psychiatrische Gutachter fest, es liessen sich Hinweise für akzentuierte, narzisstisch-kränkbare und passiv-aggressive Persönlichkeitszüge erheben, wobei die aggressiven Persönlichkeitszüge eher gegen sich selbst gerichtet seien. Der Beschwerdeführer sei seit jeher leicht kränkbar und verletzbar mit passiv-aggressiven Anteilen. Diese Persönlichkeitszüge würden je doch nicht die Intensität einer Persönlichkeitsstörung erreichen (Urk. 6/40 S. 25 oben). 5. 3 .3

Betreffend den sozialen Kontext ist bekannt, dass der Beschwerdeführer alleine und sozial zurückgezogen lebt. Gemäss seinen eigenen Angaben bestehen selten soziale Kontakte mit Bekannten und Kollegen. Einmal pro Monat isst er gemeinsam mit einem Kollegen, mehr Kontakte hat er mit seiner Schwester. Mit dem Vater hat er wegen wiederholten Unstimmigkeiten selten Kontakt, mit dem Bruder gar keinen. Der Beschwerdeführer ist ledig und hatte bisher keine richtige Partnerschaft (Urk. 6/40 S. 18 Ziff. 3.2.5, S. 20 oben, S. 26 oben). Damit verfügt der Beschwerdeführer nur über sehr wenig soziale Ressourcen. 5. 4

Zu prüfen ist weiter die zweite Kategorie der «Konsistenz». Bei der Umschreibung des sozialen Umfeldes im Rahmen des Indikators «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» fällt auf, dass der Beschwerdeführer mit Ausnahme der Schwester wenig Kontakte zu haben scheint. Lediglich einmal pro Monat trifft er sich mit einem Kollegen (vorstehend E. 5.2.3). Hobbies übt der Beschwerdeführer keine aus, auch Motivation und Interessen lassen sich nur wenig erkennen (Urk. 6/40 S. 18 Ziff. 3.2.6, S. 26 oben). Insgesamt lässt sich eine relativ gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erheben.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks» ist schliesslich festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit Januar 2015 in psychiatrisch und psychotherapeutischer Behandlung befindet und auch eine antidepressive Medikation erhält. Zudem suchte er eine spezialisierte Therapieform für chronische Depressionen, welche jedoch keinen Erfolg zeigte (E. 3.5-6). Insgesamt lässt der aktuelle Behandlungsrhythmus von einer Therapiesitzung alle zwei Wochen angesichts des vom psychiatrischen Gutachter festgestellten Leidensdrucks und der empfohlenen Intensivierung der Therapie (Urk. 6/40 S. 27 Mitte) einen Ausbau der Therapie zu . 5. 5

Zusammenfassend führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass trotz der nicht vollen Ausschöpfung der möglichen Therapiemaßnahmen

auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem psychiatrischen Z.____-Teilgutachten ergibt, abgestellt werden kann. Dementsprechend besteht in der angestammten Tätigkeit als Hochbauzeichner eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit eine solche von 60 % .

Was den Beginn der Einschränkungen betrifft, setzten die Gutachter diesen auf Juni 2014 bezüglich der somatischen Beeinträchtigungen sowie Februar 2015 aufgrund der psychischen Beschwerden fest. 6.

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