

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00699 vom 16. Januar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00699](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00699)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00699 du 16 janvier 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00699 del 16 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1964, ist Vater von zwei volljährigen Kindern ( Urk. 7/3 Ziff. 3.1). Zuletzt war er von Januar 2002 bis Ende November 2013 als ICT- Supporter bei der Y.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, angestellt ( Urk. 7/12/1-2 Ziff. 2.1 und 2.7). Unter Hinweis auf starke Kopfschmerzen, Gleichgewichtsstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten meldete er sich am 9. August 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 7/3 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische ( Urk. 7/13, Urk. 7/14/5 ) und erwerbliche ( Urk. 7/15) Abklärungen und erliess am 22. Januar 2014 den Vorbescheid ( Urk. 7/21).

Nach weiteren medizinischen Abklärungen ( Urk. 7/22, Urk. 7/28-29, Urk. 7/31, Urk. 7/39, Urk. 7/61)

erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für zwei Belastbarkeitstrainings ( Urk. 7/52, Urk. 7/69). Am 30. Juni 2016 ( Urk. 7/78) erteilte sie für die Zeit vom 18. Juni bis 17.

Dezember 2016 Kostengutsprache für ein Aufbau training. Die IV-Stelle holte sodann ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 23. August 2017 ( Urk. 7/110) erstattet wurde. Am 6. März 2018 ( Urk. 7/114) erliess sie einen neuen Vorbescheid. Der Versicherte brachte dagegen Einwände ( Urk. 7/124 S. 1 f. ) vor.

Mit Verfügung vom 2. Juli 2018 ( Urk. 7/144 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch.

### **E. 1.1**

und 1.2). Die Fachleute des I.\_\_\_\_ führten weiter aus, der Beschwerdeführer fühle sich im Kontakt mit anderen Personen schnell überfordert und erlebe eine Reizüberflutung. In einem Screening- Testverfahren sei der Verdacht auf ein Asperger - Syndrom gestützt worden. Eine ausführliche diagnostische Abklärung bei einem Spezialisten sei indiziert (S. 3 Ziff.

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ( IVG ) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352

E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.3**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.4**

unten). 4.10

Dipl.-Med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 31. Januar 2017 ( Urk. 7/113 S. 7 f.) aus, zum Bericht von med. pract. M.\_\_\_\_ sei zu ergänzen, dass es zirka seit 2008 zu psychischen Dekompensationen gekommen sei. Der Beschwerdeführer habe zudem mehrere Suizidversuche unternommen. Die beruflichen Integrationsmassnahmen hätten wegen Überforderung und einer Verschlechterung des psychischen Befindens abgebrochen werden müssen. Bei der Diagnose einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung handle es sich um eine Störung, die durch Gefühle von Zweifeln, Perfektionismus, übertriebener Gewissenhaftigkeit, ständigen Kontrollen, Halsstarrigkeit, Vorsicht und Starrheit gekennzeichnet sei (S. 7 Mitte).

In Bezug auf die bisherige Tätigkeit als ICT- Supporter sei der Beschwerdeführer im Durchhaltevermögen, in der Konzentration und

bezüglich der Umstellungsfähigkeit eingeschränkt. Zudem bestünden ein geringer Antrieb und eine stark eingeschränkte Flexibilität und Anpassungsfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit bestehe seit Februar 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Möglich seien regelmässige Tätigkeiten ohne Zeitdruck in einem geschützten Rahmen. In einer solchen angepassten Tätigkeit bestehe eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von zirka vier Stunden pro Tag. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers könne sich verbessern bei Weiterführung einer regelmässigen intensiven Psychotherapie und der Aufnahme einer Beschäftigung in einem geschützten Rahmen für vier Stunden pro Tag. Alternativ komme eine Behandlung in einer Tagesklinik während sechs Monaten in Frage

(S. 7 f.). Die bisherigen umfangreichen Behandlungen hätten nicht zu einer nachhaltigen Stabilisierung geführt. Die Integration sei wegen Überforderung und einer psychischen Verschlechterung gescheitert (S. 8 Mitte ). 4.11

Q.\_\_\_\_, Psychologin, Dr. K.\_\_\_\_ und med. pract . L.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, stellten in einem weiteren Bericht vom 5. April 2017 ( Urk. 7/104/6-9) in Bezug auf die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers

fest, der Patient sei praktisch nicht belastbar. Er habe berichtet, dass er sehr müde sei und es ihm schwerfalle, mit dem Hund aus dem Haus zu gehen. Er ziehe sich weitestgehend aus seinem sozialen Umfeld zurück und sei sehr lärm- und lichtempfindlich. Auf Gespräch e könne er sich nicht konzentrieren. Er könne auch nichts lesen und verstehe den Inhalt nicht . Der Patient sei dadurch auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig ( S. 3 f. Ziff. 1.7).

4.12

PD Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, H.\_\_\_\_, berichtete am 1 3. April 2017 ( Urk. 7/102) über die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers in der H.\_\_\_\_ seit dem 1 4. Februar 2017 (S. 2 Ziff. 1.2). PD Dr. R.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gemischte Zwangsstörung ( ICD-10 F.42.2; Beginn der Symptome bereits in der Kindheit und Adoleszenz, Exazerbation vor einigen Jahren nach einem Arbeits platzverlust) und eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode ( F33.2; S. 2 Ziff. 1.1). Als Einschränkungen bestünden eine körperliche Erschöp fung, psychische Ängste und Zwangssymptome, soziale Ängste und ein Antriebs mangel. Die bisherige Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer nicht mehr zuge mutet werden (S. 4 Ziff. 1.7). Es sei nicht absehbar, inwieweit die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden könne. Eine Verbesserung der Symptomatik sei jedoch möglich (S. 5 oben). Aufgrund der aktuellen Symptomatik und der anamnes ti schen Angaben sei von einer bereits seit längerem bestehenden Arbeitsun fähig keit auszugehen (S. 1 lit . a).

4.13

4.13 .1

Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 2 3. August 2017 ( Urk. 7/110) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein psy chia trisches Gutachten. Die Untersuchung des Beschwerdeführers erfolgte am 1 6. August 2017 (S. 2 lit . a).

Dr. S.\_\_\_\_

führte aus, der Beschwerdeführer habe die in den Akten geschilderte Vorgeschichte bestätigt. An die Kindheit in der Türkei habe er positive Erinne rungen. Als 8-J ähriger sei er in die Schweiz eingereist, wobei anfangs erhebliche Sprachprobleme bestanden hätten. Zuletzt sei er während

## **E. 1.7**

unten, vgl. auch Urk. 7/38) ). 4.6

Die Beschwerdegegnerin veranlasste eine Untersuchung des Beschwerde führers durch med. pract . M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, die am 1 7. März 2015 stattfand ( Urk. 7/39 S. 1 oben). Der RAD-Arzt gab im Bericht vom 1 8. März 2015 ( Urk. 7/39) zur aktuellen Lebenssituation

an , der Beschwerdeführer lebe mit seiner Frau und den beiden Kindern zusammen. Früher hätten häufige Kontakte mit Kollegen bestanden. Seit zwei Jahren lebe er sehr zurückgezogen in der Familie (S. 1 Ziff. 2 unten). Früher sei er sehr unternehmungslustig gewesen, nun wolle er niemanden mehr sehen. Es falle ihm auch schwer, sich auf diffizile Arbeiten zu konzentrieren . Er werde dann ungeduldig und breche die Arbeit ab (S. 1 f. Ziff. 3). Nach seiner Erkrankung sei mit direkten Vorgesetzten ein stufenweiser Wiedereinstieg besprochen worden . Dann sei ihm von einem höhergestellten

Vorgesetzten

dennoch gekündigt worden. Die unerwartete Kündigung habe ihn sehr getroffen . Nach einem Suizidversuch mit Tabletten und Alkohol sei er im E.\_\_\_\_ hospitalisiert worden und es seien weitere stationäre und ambulante Therapien erfolgt (S. 2 oben).

Med. pract . M.\_\_\_\_ nannte als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1) . Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Adipositas . Von somatischer Seite bestehe ein Zustand nach einem Herzinfarkt und der Implantation eines Stent 2001 (S. 5 Ziff. 9). In der Übersicht habe sich zu Beginn eine Anpassungsstörung gezeigt , die sich leider zu einer mittelgradigen Depression ausgewachsen habe. Der frühere Verdacht auf einen anhaltenden Alkoholabusus habe sich nicht bestätigt (S. 6 Ziff. 10). Der Beschwerdeführer habe als gründliche und zwanghafte Persönlichkeit elf Jahre kontinuierlich als IT-Mitarbeiter gearbeitet. Betriebliche Umstrukturierungen hätten ihn im Februar 2013 überfordert und er sei

mehrfach suizidal dekompenziert . Nach zahlreichen Hospitalisationen in mehreren Kliniken habe er sich auf einem niedrigen Niveau stabilisieren können (S. 6 Ziff.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 29. August 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Juli 2018 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm seit der IV-Anmeldung respektive sechs Monate danach bis zur Begutachtung eine ganze Rente zu gewähren. Eventuell sei ihm seit der psychiatrischen Begutachtung eine halbe Rente zu gewähren ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben). Er beantragte weiter eine öffentliche Verhandlung, «wenn das Gericht die Aussagen [...] verifizieren will » mit Befragung der Ehefrau und Schwiegereltern (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3). Schliesslich beantragte er das Einholen eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 6 Ziff. 4 ).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2018 ( Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 9. Oktober 2018 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer rügte eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und der Begründungspflicht durch die Beschwerdegegnerin.

Er bracht vor, im Einwand vom 23. März 2018

seien verschiedene Fragen bezüglich Ferienaufenthalte in Deutschland und eines erhöhten Aktivitätsniveaus gestellt worden. Er habe der Beschwerdegegnerin vorgeworfen, sie operiere mit Annahmen und Behauptungen, die nicht bewiesen seien . Anstatt darauf zu antworten, habe sich die Beschwerdegegnerin auf das eingeholte psychiatrische Gutachten

berufen ( Urk. 1 S.  
2 Ziff. 3).

### **E. 2.2**

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen ( Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E.

5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehenden Gerichtsverfahren behoben würden. Der Umstand, dass eine solche Heilungsmöglichkeit besteht, rechtfertigt es demnach nicht, auf die Anhörung des Betroffenen vor Erlass eines Entscheides zu verzichten. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen.

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer bestritt im Einwand vom 23. März 2018, dass er oft ferienhalber nach Deutschland fahre. Es handle sich nicht um Ferien, sondern um Besuche bei den Schwiegereltern. Die Beschwerdegegnerin operiere mit Behauptungen bezüglich seines Aktivitätsniveaus, die sie beweisen solle ( Urk. 7/124 S. 1 f.).

Die Beschwerdegegnerin hielt in ihrer Verfügung fest, sie stelle auf das Gutachten und die Ressourcenprüfung ab. Die Angaben betreffend die Ressourcen basierten auf Aussagen des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter. Es handle sich um Aussagen der ersten Stunde. Zudem sei die Compliance nicht ideal. Insgesamt bestehe kein Anspruch auf eine Rente (Urk. 2 S. 2). Damit ist die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht in ausreichender Weise nachgekommen. Dass sie sich mit den Einwänden des Beschwerdeführers bezüglich erfolgter Aufenthalten in Deutschland nicht im Detail

auseinandergesetzt hat, schadet nicht. Für den Beschwerdeführer liess sich jedenfalls erkennen, dass und aus welchen Gründen die Beschwerdegegnerin an ihrer Einschätzung im

Vorbescheid vom 6. März 2018 festhalten wollte. Damit war ihm eine sachgerechte Anfechtung der Verfügung vom 2. Juli 2018 möglich.

### 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) weiter fest, die beruflichen Massnahmen seien abgebrochen worden, da sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung befunden habe. Nach dem eingeholten psychiatrischen Gutachten sei die aktuelle Therapie nicht ausreichend.

Eine genügende medikamentöse Behandlung könne die gesundheitliche Situation verbessern (S. 2 oben).

Gemäss der durchgeführten Ressourcenprüfung sei es dem Beschwerdeführer trotz seiner Beschwerden zumutbar, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Zum aktuellen Zeitpunkt liege keine invalidisierende gesundheitliche Einschränkung vor (S. 2 Mitte).

### 3.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, das Rechtsbegehren werde rein formell in die Zeit vor und nach der psychiatrischen Begutachtung aufgespalten. Vor der Begutachtung seien zahlreiche Klinikaufenthalte erfolgt und er sei von den Ärzten der Kliniken zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. In dieser Zeit habe er keine Arbeitsstelle annehmen können, zumal er bei der letzten Tätigkeit aus medizinischen Gründen ausgeschieden sei ( Urk. 1 S. 3 Ziff. 5). Ab dem Zeitpunkt der Begutachtung werde mindestens die Zusprache einer halben Rente beantragt, da selbst der Gutachter wesentliche Einschränkungen festgehalten habe ( Urk. 1 S. 4 Ziff. 6). Trotz der Eingliederungsversuche sei es nicht gelungen, ihn angemessen einzugliedern. Dies sei geschehen, weil er tatsächlich Mühe habe, sich an gewisse Abläufe anzupassen ( Urk. 1 S. 4 Ziff. III.1). 3.3

Streitig und zu prüfen ist, ob im Verlauf seit dem Jahr 2013 ein Rentenanspruch besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf die vorliegenden Akten abgestellt werden kann. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer war vom 25. Februar bis 30. März 2013 in der A.\_\_\_\_ hospitalisiert ( Urk. 7/16/7). Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt, und Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Chefarzt, A.\_\_\_\_, stellten im Austrittsbericht vom 9. April 2013 ( Urk. 7/16/7-14) folgende Diagnosen (S. 1): - Anpassungsstörung mit depressiv-ängstlicher Komponente bei beruflicher Belastungssituation (ICD-10 F43.2/F41. 2) - chronische Spannungskopfschmerzen bei Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4) - Verdacht auf somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) - Status nach medikamentöser Intoxikation

Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ gaben zur Arbeitsfähigkeit an, bis zum 12. April 2013 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Danach solle die Arbeitsfähigkeit durch die ambulant behandelnden Ärzte beurteilt werden. Es werde eine schrittweise berufliche Wiedereingliederung zunächst mit einem Pensum von 50 % empfohlen (S. 4 unten). 4.2

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Pharmazeutische Medizin, führte in einem psychiatrischen Konsilium vom 10. Dezember 2013 ( Urk.

7/18/2-6) zuhanden des Krankentaggeldversicherers aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 25. Februar 2013 und weiterhin krankheitsbedingt als zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Vorausgegangen sei eine psychophysische Erschöpfung (S. 1).

Dr. D. \_\_\_ führte zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer sei seit 2001 (richtig: 2002) als IT-Supporter angestellt gewesen. Anfang 2013 sei er von seinem bisherigen Arbeitsplatz an einen anderen Ort versetzt worden. Im Februar 2013 sei er im Geschäft «zusammengeklappt». Er sei dann in der A. \_\_\_ stationär behandelt worden. Schliesslich sei ihm die Arbeitsstelle gekündigt worden (S.

2 unten). Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er schon früher Kopfschmerzen gehabt habe. Seit 2012 seien sie verstärkt aufgetreten. Eine ärztliche Behandlung habe keine Besserung gebracht. Die Kopfschmerzen seien permanent und manchmal sehr stark vorhanden

(S. 3 Mitte). Zusammengefasst sei der Befund mit einer längeren depressiven Reaktion vereinbar. Die Symptomatik sei inzwischen weitgehend rückläufig. Aktuell seien überwiegend nur noch krankheitsunspezifische Beschwerden vorhanden und der Beschwerdeführer orientiere sich gedanklich teilweise wieder nach vorne. Emotional und psychophysisch wirke er deutlich gefestigter, wenngleich er nach wie vor erheblich gekränkt sei (S. 4 oben). Diagnostisch liege nach der Vorgeschichte, der Schilderung des Beschwerdeführers, dem bisherigen Krankheitsverlauf und dem aktuellen Befund eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) vor. Mittlerweile sei das Krankheitsbild überwiegend am Zurückgehen. Die Erkrankung sei in erster Linie als psychische Reaktion auf eine für den Beschwerdeführer belastende Situation, vor allem in beruflicher Hinsicht, aufzufassen, zuletzt verstärkt durch die Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses (S. 4 Mitte).

Dr. D. \_\_\_ ging von einer Teilarbeitsunfähigkeit von 50 % aus. Ab Beginn des

folgenden Jahres bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 4 unten). 4.3

Vom 6. Dezember 2013 bis 15. Januar 2014 erfolgte ein erster Klinikaufenthalt im E. \_\_\_ (Urk. 7/22 S. 1).

Die Ärzte des E. \_\_\_ nannten im Austrittsbericht vom 15. Januar 2014 (Urk. 7/22/1-4) als Hauptdiagnose eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2). Als Nebendiagnosen nannten sie psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: schädlicher Gebrauch, psychische und

Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und chronische Spannungskopfschmerzen (S. 1).

Zur aktuellen Anamnese wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe bereits am Morgen der Einweisung in die Klinik Valium, Bier und 3/4 einer Whisky-Flasche an Alkohol konsumiert

(S. 1 unten). Nach einer Anpassungsstörung mit einer depressiven Störung aufgrund eines Arbeitskonflikts mit Überlastung am Arbeitsplatz sei es im Januar/Februar 2013 zu einem ersten Suizidversuch gekommen (S. 2 oben). 4.4

Nach weitem zwei

Klinikaufenthalte in E.\_\_\_\_ und einer teils stationären Behandlung in der F.\_\_\_\_

(Urk. 7/29 S. 3 unten), befand sich der Beschwerdeführer

vom 1. April bis 31. Juli 2014 im G.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_, in stationärer Behandlung (Urk. 7/29 S. 1).

Die Fachleute der H.\_\_\_\_ stellten im Austrittsbericht vom 1. September

2014 (Urk. 7/29/1-6) neu die psychiatrische Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Als somatische Diagnosen nannten sie unter anderem eine atherosklerotische Herzkrankheit, eine essentielle Hypertonie, ohne Angabe einer hypertensiven Krise und Spannungskopfschmerzen (S. 1).

Weiter wurde ausgeführt, es seien zwei Suizidversuche bekannt, einmal mit Tabletten und einmal mit Tabletten und Alkohol. Der letzte Versuch vom 20. März 2014 habe zu einer Hospitalisation im E.\_\_\_\_ per fürsorgliche Unterbringung geführt. Der Beschwerdeführer sei mit einer klinisch relevanten schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik in die H.\_\_\_\_

eingetreten (S. 3 unten).

Im Bericht vom 8. Juli 2014 attestierten die Fachleute der H.\_\_\_\_ für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vom 1. April 2014 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Urk. 7/28 Ziff. 1.6). 4.5 Der Beschwerdeführer ist seit dem 5. August 2014 im I.\_\_\_\_ in ambulanter Behandlung (Urk. 7/31/1 Ziff. 1.2). J.\_\_\_\_, M.Sc. Psychologin, Dr. phil. K.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, und med. pract. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

I.\_\_\_\_,

nannten im Bericht vom 16. Oktober 2014 (Urk. 7/31/6-8)

als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), und gaben an, im Falle eines positiven Verlaufs und nach einer erneuten Evaluierung der Situation könne ab Dezember 2014 mit einem langsamen beruflichen Wiedereinstieg mit einem Pensum von 30% gerechnet werden, welches gradual entsprechend dem Zustand des Patienten erhöht werden könne (S. 3 Ziff.

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

### **E. 7.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 7.2**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung

hat.

Der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer ist bei einem praxisgemässen Stundensatz von Fr. 220.-- (inklusive Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'050.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'050.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.

## **E. 11**

unten). 4.7

Frau J.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_ und med. pract. L.\_\_\_\_, I.\_\_\_\_, nannten im Bericht vom 14. Dezember 2015 ( Urk. 7/61/6-8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5) und eine psychische und

Verhaltensstörung durch Sedativa und Hypnotika ( F13.2; S. 1 Ziff. 1.1). Weiter wurde ausgeführt, im Laufe der Therapie habe sich immer mehr eine dem Burnout zugrunde liegende zwanghafte Persönlichkeitsstörung gezeigt. Der Patient zeige eine hohe Rigorosität, Perfektionismus, ständiges Streben nach Kontrolle, Gefühle von Zweifel sowie eine ängstliche Vorsicht (S. 2 oben). Er sei praktisch nicht belastbar. Jede Umstellung und jede neue Aufgabe erlebe er als Überforderung. Dadurch bestünden massive Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit. Er sei dadurch zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 1.7). 4.8

Vom 26. Juli bis 3. August 2016 erfolgte im Rahmen einer Fürsorgerischen Unterbringung eine

Hospitalisation

im N.\_\_\_\_, O.\_\_\_\_ nach erneutem Suizidversuch ( ipw, Urk. 7/98 S. 1). 4.9

Die Fachleute des I.\_\_\_\_

nannten im Bericht vom 6. Oktober 2016 ( Urk. 7/94) als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1/F33.2), und eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5). Als Differentialdiagnose nannten sie ein Asperger-Syndrom (F84.5). Als Diagnosen ohne Auswirkung nannten sie Adipositas, einen Status nach Suizidversuchen und einen Status nach einem Myokardinfarkt im Jahr 2000 (S. 2 Ziff.

## **E. 12**

Jahre n als Informatiker angestellt gewesen. Die Arbeit sei für ihn angenehm gewesen und er habe ein eigenes Büro gehabt. Er sei dann in ein Grossraumbüro versetzt worden, wo strenge Arbeitsbedingungen geherrscht hätten. Insbesondere habe er sich am Telefon mit verärgerten Kunden auseinandersetzen müssen. Zudem habe ein hoher Arbeitsdruck bestanden (S. 5 lit. d Mitte). Im Februar 2013 sei er dekompenziert und habe nicht mehr arbeiten können (S. 5 lit. d unten). Anlässlich einer stationären Behandlung in der

H.\_\_\_\_ von April bis Ende Juli 2014 sei intensiv mit ihm gearbeitet worden. Dabei sei auch sein damaliges Alkoholproblem behandelt worden (S. 5 f.). Der Beschwerdeführer sei seither präzise bis pedantisch und sehr genau. Dies seien guten Voraussetzungen für den IT-Bereich. Er erinnere sich aber nicht, dass er unerwünschte Gedanken oder unangenehme Gefühle mit Hilfe von Zwängen abgewehrt hätte. So habe er sich nie vermehrt die Hände gewaschen (S. 6 oben).

Die medikamentöse Behandlung habe dazu geführt, dass sich die Depression verbessert habe und es nur selten zu Rückfällen gekommen sei. Die Therapie im

I.\_\_\_\_ finde alle zwei bis drei Wochen statt (S. 6 Mitte). Der Beschwerdeführer gehe regelmässig mit seinem Hund spazieren.

Zu Hause beteilige er sich bei den Arbeiten im Haushalt, soweit dies notwendig sei. Von den Mitmenschen habe er sich etwas zurückgezogen, er kenne aber noch einige Leute. Weiter fahre er regelmässig Auto. Die Einkäufe erledige er zusammen mit seiner Ehefrau und manchmal auch selbständig. Er reise öfters nach Deutschland, wo Familien angehörige der Ehefrau lebten. Letztmals sei er im Frühjahr 2017 für zwei Wochen dort gewesen. Es habe ihm gefallen.

Die von der Invalidenversicherung organisierte berufliche Eingliederung habe leider nicht funktioniert (S. 7 oben). Der Arbeitsplatz bei

der Eingliederungs massnahme sei lärmig gewesen. Nach zwei bis drei Wochen sei ihm alles zu viel geworden und er sei davongelaufen. Bei einem weiteren Eingliederungsversuch seien die Bedingungen erneut ungünstig gewesen. Wiederum hätten ihm der Lärm und die vielen Leute zugesetzt. Der Beschwerdeführer sei unsicher geworden, habe gezittert und habe die Eingliederungsstätte verlassen müssen. Er glaube, dass er in einer ruhigen Umgebung arbeiten könne (S. 7 Mitte).

Der Beschwerdeführer habe das Untersuchungsgespräch aufmerksam und mit ausreichender Konzentration verfolgt. Das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis seien nicht eingeschränkt gewesen (S. 8 lit. f oben). Die Stimmungslage sei bedrückt, jedoch nicht erheblich. Der Antrieb sei normal und die Psychomotorik lebhaft (S. 8 lit. f unten). Der Medikamentenspiegel von Lamotrigin und Quetiapin

habe weit unter dem Referenzbereich gelegen. Der CDT-Wert habe sich im Normbereich befunden (S. 9 oben). 4.13.2

Dr. S. \_\_\_ nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig knapp mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er akzentuierte Persönlichkeitszüge (Z73.1; pedantisch, gewissenhaft, lärmempfindlich) und eine lange Phase der Arbeitsunfähigkeit sowie einen Status nach Arbeitsplatzproblemen (Z56; S. 9 lit. g).

Nachdem der Beschwerdeführer in ein Grossraumbüro versetzt worden sei und er subjektiv ungeeignete Arbeiten ausführen müsse, sei er dekompenziert und habe in der Folge an einer Anpassungsstörung gelitten (S. 9 f. lit. h). Bis heute bereite es ihm Mühe, sich unter vielen Leuten aufzuhalten, vor allem wenn Lärm und Stress herrschten. Dies habe sich bei den beruflichen Eingliederungs massnahmen gezeigt. Die zuvor diagnostizierte Anpassungsstörung habe sich zurück gebildet und mit der Zeit habe sich eine depressive Episode beziehungsweise eine rezidivierende depressive Störung entwickelt. Derzeit liege eine knapp mittelgradige depressive Episode vor. Die Voraussetzungen gemäss ICD-10 seien erfüllt. Der Beschwerdeführer sei nicht suizidal. Die Stimmungslage sei nicht ständig gedrückt und

er schlafe relativ gut und habe einen guten Appetit. Es bestünden jedoch noch gewisse Konzentrationsschwierigkeiten und der Beschwerdeführer sei teilweise in seinem Selbstwertgefühl eingeschränkt (S. 10 oben).

Die ambulante Behandlung finde alle zwei bis drei Wochen statt, was genüge. Der Beschwerdeführer nehme die abgegebenen Medikamente in genügendem Masse ein. Eine optimale medikamentöse Compliance sei zumutbar und zielführend, da das Medikament Lamotrigin unter anderem bei bipolaren affektiven Störungen eingesetzt werde. Dies könne eine Verbesserung der psychischen Störung herbeiführen (S. 10 Mitte).

Unter anderem als Folge der Aufgabe der Arbeitstätigkeit sei die Lebensgestaltung des Beschwerdeführers in Schwierigkeiten geraten. Es werde darauf hingewiesen, dass er regelmässig Autofahre. Weiter sei er fähig, oft Ferien in Deutschland zu verbringen, wo Familienangehörige der Ehefrau eine Wohnung zur Verfügung stellten. Die erheblichen

Lebensaktivitäten wiesen darauf hin, dass die depressive Episode höchstens in mittelgradigem Ausmass vorliegen könne. 2015 sei eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Später solle eine Zwangsstörung bestanden haben. Die Kriterien für eine Zwangsstörung nach ICD-10 seien jedoch nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer leide nicht an Zwangsgedanken und müsse keine unangenehmen und lästigen Gefühle durch Rituale abwehren (S. 10 unten). Es lägen lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge vor. Der Beschwerdeführer sei pedantisch und gewissenhaft, was er aber seit jeher sei. Abschliessend sei darauf hinzuweisen, dass eine Persönlichkeitsstörung nicht erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden könne (S. 10 f.). Dass akzentuierte Persönlichkeitszüge bestünden, müsse bei einer Arbeitstätigkeit berücksichtigt werden. So habe sich mehrmals gezeigt, dass der Beschwerdeführer bei ungünstigen Arbeitsbedingungen in einem Grossraumbüro oder bei Stress, Druck oder Lärm negativ reagiere. Eine an die Persönlichkeitsstruktur angepasste Arbeit sei ihm dagegen zumutbar. Die von dritter Seite erwogene Diagnose eines

Asperger-Syndroms

könne bei der Begutachtung nicht festgestellt werden (S. 11 oben). Als ungünstige krankheitsfremde Faktoren nannte der Gutachter eine lange Phase der Arbeitsuntätigkeit und eine mässige Motivation zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Der Beschwerdeführer sei frustriert, da er mehrmals versagt habe (S. 11 Mitte).

Gemäss Mini-ICF könne sich der Beschwerdeführer an Regeln und Routine anpassen und er könne Aufgaben strukturieren. Er sei aber zu wenig flexibel und habe Mühe, sich umzustellen. Die Entscheidungsfähigkeit sei sodann leicht eingeschränkt und er sei unfähig durchzuhalten, wenn er unter ungünstigen Bedingungen arbeiten müsse. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei seit jeher etwas eingeschränkt und er sei reduziert gruppenfähig. Insbesondere habe er Mühe, in einer hektischen Umgebung zu arbeiten und er sei lärmempfindlich. Der Beschwerdeführer sei jedoch fähig, mit dem Zug zu reisen und Auto zu fahren (S.

11 unten).

In den vorliegenden Berichten sei eine nachvollziehbare rezidivierende depressive Störung diagnostiziert worden mit unter anderem mittelgradigen depressiven Episoden. Ab 2016 habe das Ausmass der Depressivität zugenommen und es solle zu schwergradigen depressiven Episoden gekommen sein. Tatsächlich dürfte der Beschwerdeführer jedoch nur kurze Zeit schwer depressiv gewesen sein. Die heutigen Angaben sprächen dafür, dass es in der Regel zu mittelgradigen depressiven Episoden gekommen sei. Die medikamentöse Compliance sei ungenügend (S. 12 Mitte). 4.1 3 .3

Dr. S. \_\_\_ gab auf die Fragen der Beschwerdegegnerin nach der Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde an, ab April 2014 hätten öfters mittelgradige objektive Befunde vorgelegen (S. 12 Ziff. I.1). Bezüglich der Abgrenzung der Funktionseinschränkungen von den Folgen nicht versicherter Faktoren antwortete der Gutachter, in der Freizeit und im Rahmen von Beziehungen fänden sich nur mässige Funktionseinschränkungen (S. 13 Ziff. I.3). Eine Diskrepanz bestehe nicht. Der Beschwerdeführer habe die Beschwerden nachvollziehbar geschildert (S. 13 Ziff. I.4). Die Persönlichkeitsentwicklung sei ungestört verlaufen. Der Wechsel in die Schweiz habe ihm zu schaffen gemacht. Eine Persönlichkeitsstörung habe sich aber nicht entwickelt (S. 13 Ziff. I.7).

Der Gutachter gab auf Fragen zum sozialen Kontext an, es bestünden vor allem familiäre Netze. Der Beschwerdeführer sei nicht sozial vereinsamt (S. 14 Ziff. II.1). Die ambulante psychiatrische Therapie sehe er als Stütze. Er pflege soziale Beziehungen, habe aber Mühe bei Stresssituationen. So sei er reduziert team- und konfliktfähig. Unter günstigen Umständen störten diese Persönlichkeits eigenarten jedoch nicht in relevantem Ausmass (S. 14 f. Ziff. II.5).

Die Behandlung beim Psychiater des Beschwerdeführers

erfolge alle zwei bis drei Wochen, was genüge. Die medikamentöse Compliance habe sich am 16. August 2017 jedoch als ungenügend erwiesen, was auf eine mässige Kooperation hin weise (S. 15 Ziff. IV.2).

Die Eingliederung sei nur teilweise und in mässigem Ausmass durch das depressive Störungsbild eingeschränkt. Es sei auf den Einfluss der krankheitsfremden Faktoren hinzuweisen (S. 16 Ziff. IV.5). Angesichts des Fehlens einer schweren psychiatrischen Störung seien Eingliederungsmassnahmen zumutbar (S.

#### **E. 16**

Ziff. IV.7 ). Der Beschwerdeführer zeige ein eher reduziertes Aktivitätsniveau. Es seien aber noch genügend Aktivitäten vorhanden (S. 16 Ziff. V.3). Die therapeutischen Optionen nehme er nicht genügend wahr (S. 17 Ziff. V.4).

Hinsichtlich der zuletzt ausgeübten Arbeit sei der Beschwerdeführer seit Sommer 2014 zirka zu 50 % eingeschränkt, wobei es sich um einen Durchschnittswert handle. Derzeit liege eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % vor (S. 17 Ziff. VI.1). Als angepasste Tätigkeit sei eine übersichtliche Arbeit, ohne grossen Stress und in einer ruhigen Umgebung möglich. Weiter solle es sich eher um eine eigenständige Arbeit handeln. Eine solche Tätigkeit könne der Beschwerdeführer zu 75 % ausüben (S. 17 Ziff. VI.2). 4.14

Dipl.-Med. P. \_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 19. September 2017 zum Gutachten von Dr. S. \_\_\_ aus, dem Gutachter sei es zwar gelungen, die mittel gradige depressive Symptomatik einzugrenzen. Die übrige Diskussion im Gutachten sei aber mangelhaft. Das Gutachten und die Einschätzung durch den Gutachter seien nur bedingt nachvollziehbar. Die Aussagen zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung seien medizinisch nicht korrekt. So könne eine Persönlichkeitsstörung unter bestimmten günstigen Bedingungen jahrelang nicht entdeckt werden. In diesem Fall komme es erst bei plötzlichen Veränderungen der persönlichen Umwelt zu einer Dekompensation. Also könne die Diagnose auch noch spät im Erwachsenenalter gestellt werden. Allerdings müssten Bezüge bis in die Jugend nachvollzogen werden können (Urk. 7/113 S. 11 Mitte).

Die gegenwärtige Behandlung sei nicht ausreichend beziehungsweise sei der Beschwerdeführer nicht therapieadhärent. Eine angemessene Selbsteingliederung sei nicht erfolgt. Aus Sicht des RAD sollten entweder die in der Stellungnahme vom

31. Januar 2017 erwähnten Schritte umgesetzt werden oder es sollten erneut Eingliederungsbemühungen erfolgen (S. 11 unten). 4.15

Die Beschwerdegegnerin führte am 2. Februar 2018 eine Ressourcenprüfung durch (Urk. 7/113 S. 11 ff.). Am 20. Februar 2018 erfolgte im Beisein des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin eine « Ressourcensprechstunde » (Urk. 7/113 S. 13 f.). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vor - akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

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 Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E.

2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E.

4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheit lichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrschein lich keit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweis belastete 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). 5.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Gemäss stän diger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Ver fahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der ent scheid rele vante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

6. 6.1

Der Beschwerdeführer war seit April 2013 zunächst bei med. pract . T.\_\_\_\_ ,

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

in ambulanter therapeutischer

Behandlung ( Urk. 7/13 Ziff. 1.2). RAD-Arzt m ed. pract . M.\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 18. März 2015 eine rezidivierende depressive Störung , gegenwärtig mittelgradig (vorstehend E. 4.6). Von den Fachleuten des

I.\_\_\_\_ wurde n

zudem eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung

und als Differentialdiagnose ein

Asperger -Syndrom

diagnostiziert (E. 4.7 und 4.9 ), von PD Dr. R.\_\_\_\_ eine gemischte Zwangsstörung und eine schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (vorstehend E. 4.12).

Aktenkundig sind

sodann mehrere Suizidversuche des Beschwerdeführers und wiederholte Klinikaufenthalte seit Beginn der Erkrankung im Februar 2013 (vgl. vorstehend E. 4.1, 4.3-4.4, 4.8 ).

Dr. S.\_\_\_\_ nannte im Gutachten vom 23. August 2017 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig knapp mittelgradige Episode. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine lange Phase der Arbeitsuntätigkeit (vorstehend E. 4.13.2). 6.2

Dipl.-Med. P.\_\_\_\_ wies in der Stellungnahme vom 19. September 2017 unter anderem darauf hin, dass entgegen der Aussage des psychiatrischen Gutachters eine Persönlichkeitsstörung auch erst im Erwachsenenalter diagnostiziert werden könne. Dies, sofern sich B ezüge der Störung bis in die Jugend zurückverfolgen liessen

(vorstehend E. 4.14 ). Die Beschwerdegegnerin erachtete dahingegen die gutachterliche

Diagnosestellung von Dr. S.\_\_\_\_

in der Ressourcenprüfung vom 20. Februar 2018 als korrekt ( Urk. 7/113 S. 13 Mitte).

Dabei handelt es sich jedoch nicht um eine medizinische Einschätzung, womit die Kritikpunkte des RAD

nicht ohne Weiteres entkräftet werden .

Der psychiatrische Gutachter gab sodann an, dass der Beschwerdeführer die ihm abgegebenen Medikamente in genügendem Masse einnehme ( Urk. 7/110 S. 10 Mitte). An einer anderen Stelle des Gutachters bezeichnete er die medikamentöse Compliance dagegen als ungenügend (E. 4.13.2 hiervor). Somit liegen widersprüchliche Angaben betreffend die medikamentöse Behandlung vor . In diesem Zusammenhang erstaunt sodann , dass der Gutachter die Behandlung im I.\_\_\_\_ mit einem Rhythmus von zwei bis drei Wochen als ausreichend bezeichnete (E.

4.13.2) . Gemäss Dipl.-Med. P.\_\_\_\_

erweist sich die Therapiefrequenz als ungenügend (vorstehend E. 4.14).

Weiter ist darauf hinzuweisen, dass sich der Gutachter mit den von Seiten der behandelnden Ärzte und Therapeuten gestellten Diagnosen einer Zwangsstörung, einer Persönlichkeitsstörung und eines Asperger-Syndroms nur ungenügend auseinandergesetzt hat. So gab er beispielsweise lediglich an, dass ein Asperger-Syndrom anlässlich der Begutachtung nicht festgestellt worden sei. Aus dem Gutachten ergibt sich aber nicht, dass der Gutachter entsprechende Tests zur Validierung eines

Asperger-Syndroms durchgeführt hätte. Weiter erwog er, dass der Beschwerdeführer mutmasslich nur kurze Zeit schwer depressiv gewesen sei, ohne seine Einschätzung näher zu begründen (vorstehend E. 4.13.2). Der Gutachter beantwortete die Fragen der Beschwerdegegnerin im Anhang des Gutachtens knapp und ungenügend (E. 4.13.3). Das Gutachten vermag aus diesen Gründen nicht zu überzeugen und erfüllt die Kriterien der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vorstehend E. 5.1) nicht.

Der RAD der Beschwerdegegnerin bezeichnete das Gutachten von Dr. S. \_\_\_ explizit als nicht überzeugend und mangelhaft. In dem die Beschwerdegegnerin trotz dieser Einschätzung im Rahmen der Ressourcenprüfung vom 20. Februar 2018

dennoch auf das Gutachten von Dr. S. \_\_\_ abstellen wollte, kann ihr nicht gefolgt werden. Stattdessen wäre sie gehalten gewesen, den Sachverhalt weiter abzuklären. Namentlich drängen sich Abklärungen zu den von den behandelnden Ärzten gestellten psychiatrischen Diagnosen einer Persönlichkeitsstörung

beziehungsweise eines Asperger-Syndroms sowie einer Zwangsstörung auf.

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. S. \_\_\_ fehlen zudem verlässliche Aussagen zum gesundheitlichen Verlauf seit 2013 mit den ausgewiesenen zahlreichen Klinikaufenthalten und der unter anderem von Dr. M. \_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 4.6). So ist nicht auszuschliessen, dass seit 2013 mindestens vorübergehend ein Rentenanspruch bestand.

Nach dem psychiatrischen Gutachten bleibt zudem unklar, ob es sich bei den Besuchen des Beschwerdeführers in Deutschland um Ferien handelt. Im Rahmen einer erneuten psychiatrischen Begutachtung kann explizit nach allfälligen Ressourcen des Beschwerdeführers gefragt werden. 6.3

Der medizinische Sachverhalt erweist sich demzufolge als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese erneut eine psychiatrische Begutachtung veranlasst. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.4

Da das Gericht den medizinischen Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erachtet und die Sache zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, erübrigt sich die Durchführung der beantragten öffentlichen Verhandlung inklusive der Befragung von Zeugen (vgl. Urk. 1 S. 3 oben; BGE 122 V 47 E. 3b/ff.). Ebenso ist kein Gerichtsgutachten einzuholen (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 4).

7.

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