

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01002 vom 10. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01002

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01002 du 10 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01002 del 10 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1961 geborene X.____

hat eine Ausbildung zum Zahntechniker absolviert und war ab Mai 1998 als IT-Systemspezialist bei der Z.____ AG, (2009 umbenannt in A.____ AG), angestellt (Urk. 7/1, 7/8, 7/16 und 7/22). Unter Hinweis auf ein Burnout sowie Schlaflosigkeit meldete er sich am 31. März 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst einem aktuellen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/8) insbesondere einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/16), einen Bericht der integrierten Psychiatrie B.____ (Urk. 7/21) sowie Unterlagen des Krankentagegeldversicherers (Urk. 7/2, 7/23) ein. Mit Schreiben vom 6. Oktober 2015 erteilte sie im Rahmen von Integrationsmassnahmen Kostengutsprache für ein Aufbau training (Urk. 7/25), welches mit Mitteilung vom 18. Februar 2016 abgeschlossen wurde (Urk. 7/35). Weitere Eingliederungsbemühungen wurden mit Schreiben vom 18. Mai 2016 nicht für möglich erachtet (Urk. 7/42).

Per Ende Mai 2016 löste die Arbeitgeberin des Versicherten (C.____ AG), an welche die Informatikabteilung der A.____ AG im August 2014 übertragen worden war (Urk. 7/22/4), das Arbeitsverhältnis auf (Urk. 7/44/1).

Nach Kenntnisnahme eines weiteren Berichtes der B.____ (Urk. 7/45/2 ff.) orientierte die IV-Stelle den Versicherten mit Vorbescheid vom 16. August 2016 darüber, dass sie genehmigt, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/47).

Hiergegen erhob der Versicherte unter Beilage von zusätzlichen Arztberichten (Urk. 7/54 f.) am 19. Oktober 2016 Einwand, wobei er um die Gewährung von Eingliederungsmassnahmen ersuchte (Urk. 7/56). Nach Durchführung eines persönlichen Gesprächs (vgl. Urk. 7/65) hielt die IV-Stelle mit Mitteilung vom 15. Februar 2017 erneut fest, dass zurzeit keine Eingliederungsaktivitäten möglich seien (Urk. 7/64). Nach Eingang eines Berichtes des behandelnden Psychiaters (Urk. 7/66) und einer Stellungnahme des Versicherten (Urk. 7/69) gab die IV-Stelle bei Dr. med. D.____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dipl.-Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. E.____, Fachpsychologin für Neuro- und Verkehrspsychologie, ein psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten in Auftrag (Urk. 7/72). Dieses wurde am 2. beziehungsweise 24. Oktober 2017 erstattet (Urk. 7/77, 7/80). Hierzu äusserte sich der Versicherte unter Beilage von Beurteilungen der behandelnden Ärzte am 1. März 2018 schriftlich, wobei er um die Ausrichtung einer Invalidenrente ersuchte (Urk. 7/86 f.). In der Folge nahmen

die Gutachter am 26. respektive 30. Juli 2018 ergänzend Stellung (Urk. 7/90, 7/93). Nachdem der Versicherte mit Eingabe vom 2. Oktober 2018 unverändert an seine m Standpunkt festgehalten hatte (Urk. 7/95), verfügte die IV-Stelle schliesslich am 13. Oktober 2018 im angekündigten Sinne (Urk. 7/97 = 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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, A TSG). 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

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 vor aus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 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 Invali dität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbs fähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätio logie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der ver sicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuver lässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dür fen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These ab stellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 1 2. November 2018 Beschwerde mit dem Rechts begehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen. Eventualiter sei n ihm berufliche Eingliederungs massnahmen zu gewähren (Urk. 1 S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Dezember 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Be schwerdeführer mit Verfügung vom 4. Januar 2019 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 1 3. Oktober 2018 (Urk. 2) hielt die Be schwerdegegnerin zusammengefasst fest, dass die beim Beschwerdeführer diag nostizierte depressive Episode als reaktives Geschehen auf eine somatische Erkran kung einzustufen sei. Die in diesem Zusammenhang bescheinigte Arbeits unfähigkeit sei aus medizinischer Sicht nachvollziehbar. Definitionsgemäss handle es sich jedoch um ein vorübergehendes Leiden, weshalb aus rechtlicher Sicht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung begründet werde. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevantes gesundheitliches Leiden sei auch in Anbetracht der nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen nicht ausgewiesen . Aus dem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingeholten Gutachten gehe ausserdem hervor, dass in der angestammten Tätigkeit im IT-Bereich eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Anspruch auf eine Invalidenrente sei auch ange sights dessen zu verneinen.

E. 2.2

Dieser Argumentation hielt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 1 2. November 2018 im Wesentlichen entgegen, dass auf das von der Be schwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrisch-neuropsychologische Gut ach ten nicht abgestellt werden könne. Das gesamtheitliche Krankheitsbild sei darin nicht erfasst worden und die gezogenen Schlussfolgerungen entsprächen nicht den tatsächlichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, welche alle Lebens bereiche betr äfen (Urk. 1 S. 7). Des Weiteren sei die Beschwerdegegnerin zu Unrecht davon ausgegangen, dass lediglich eine depressive Episode vorliege; es handle sich vielmehr um eine rezidivierende depressive Störung. Selbst wenn diesbezüglich die Therapieoptionen noch nicht gänzlich ausgeschöpft wären, könne die Erkrankung mit Blick auf die bund esgerichtliche Praxis nicht a priori als invalidenversicherungsrechtlich irrelevant beurteilt werden, zumal seit meh reren Jahren eine engmaschige Behandlung erfolge (Urk. 1 S. 7 f.). 3. 3.1

Dem Bericht der B.____ vom 21. August 2015 ist die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) zu entnehmen (Urk. 7/21/1). Aus ärztlicher Sicht hätten beim Beschwerdeführer Unklarheiten in Bezug auf das Arbeitsverhältnis zu einer psychischen Dekompensation mit Schlafstörungen und Burnout-Symptomatik geführt. Die depressive Symptomatik zeichne sich unter anderem durch eine niedergeschlagene Stimmung, Müdigkeit, innere Unruhe und Interesselosigkeit aus. Der Beschwerdeführer sei hinsichtlich Arbeitsgeschwindigkeit und Konzentration eingeschränkt, weshalb ihm die angestammte Tätigkeit derzeit nur an drei bis vier Stunden pro Tag mit einer etwa um 50 % verminderten Leistungsfähigkeit zumutbar sei (Urk. 7/21/2 f.). 3.2

In seinem zuhanden des Krankentaggeldversicherers erstellten Untersuchungsbericht vom 4. August 2015 diagnostizierte Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0). Retrospektiv erscheint plausibel, dass der Beschwerdeführer durch die anhaltend erhöhte Beanspruchung des Psychovegetativums im Herbst 2014 in eine Erschöpfung geraten sei. Aktuell stünden eine Niedergestimmtheit mit relevanter Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit, Störungen im sozialen Verhalten, Hyperarousal sowie kognitive Defizite

im Vordergrund. Im Verlauf der bisherigen Behandlung habe sich eine mindestens 50%ige Besserung der depressiven Symptomatik erreichen lassen, jedoch keine Remission. In diesem Zusammenhang sei zu einer Intensivierung der Psychopharmakotherapie zu raten. Damit könne die aktuell 20%ige Arbeitsfähigkeit innerhalb vier Wochen auf 50 % gesteigert und danach innerhalb acht bis zwölf Wochen gänzlich wieder hergestellt werden (Urk. 7/23/6 f.). 3.3

Im Bericht des B.____ vom 27. Juli 2016 wurde der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär beurteilt. Zusätzlich zur mittelgradigen depressiven Episode wurde eine Persönlichkeitsakzentuierung mit schizoiden und zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert (Urk. 7/45/2). Vom 29. März bis 24. Mai 2016 sowie 8. Juni bis 20. Juli 2016 habe sich der Beschwerdeführer in stationärer Behandlung befunden. Aufgrund der Schwere der Symptomatik sei auch nach Austritt längerfristig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (Urk. 7/45/3 ; vgl. auch Austrittsbericht vom 4. August 2016, Urk. 7/55/3 f.).

Mit Bericht vom 3. Oktober 2016 gingen die behandelnden Fachärzte der B.____ von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger bis schwerer depressiver Episode aus (ICD-10 F33.1/F33.2). Die akzentuierte Persönlichkeitsstruktur sei aufgrund der depressiven Symptomatik in ihrem Ausmass nicht abschliessend beurteilbar und gehe gegebenenfalls unter anderem mit einer erhöhten Sensitivität und Kränkbarkeit einher. Eine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit als Informatiker in verantwortungsvollem Aufgabenbereich bestehe derzeit und absehbar nicht. In angepasster Tätigkeit sei theoretisch eine 40-50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben, wobei deren Umsetzbarkeit noch offen sei (Urk. 7/54/2). 3.4

Auch Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 6. März 2017 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere depressive Episode (Urk. 7/66/1). Es bestehe eine starke Einschränkung der Alltagsgestaltung und der Wahrnehmung der persönlichen Interessen. Bei fehlendem Antrieb und geringer Belastbarkeit würden schon einfache Haushaltaufgaben zu rascher Ermüdung und Erschöpfung führen. Bei der Erledigung seiner

persönlichen Angelegenheiten sei der Beschwerdeführer auf Dritthilfe angewiesen. Des Weiteren sei ihm die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel nur ausserhalb von Stosszeiten möglich; Autofahren könne er bloss in bekannter Umgebung (Nebenstrassen). Einkäufe seien nur in kleinen Läden möglich. Insbesondere aufgrund des fehlenden Antriebs, der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie der raschen Ermüdung sei der Beschwerdeführer aktuell weder der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als IT-Systemspezialist noch einer Tätigkeit im geschützten Rahmen gewachsen (Urk. 7/66/2 f.). 3.5

In der Folge gab die Beschwerdegegnerin bei Dipl.-

Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. E.____ und Dr. D.____ ein psychiatrisch-neuropsychologisches Gutachten in Auftrag (Urk. 7/75), welches am 2. respektive 24. Oktober 2017 erstattet wurde (Urk. 7/77, 7/80).

Dipl. Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. E.____

überprüfte die psychometrisch quantifizierbaren kognitiven und psychischen Leistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration, in den exekutiven Funktionen, im kurz- und mittelfristigen figuralen und verbalen Lernen und Gedächtnis sowie in den visuell-räumlichen und räumlich-konstruktiven Fähigkeiten. In den durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren hätten sich Auffälligkeiten ergeben, weshalb die Leistungsbereitschaft als unklar zu bewerten und die Validität der erhobenen Befunde anzuzweifeln seien. Die erzielten Minderleistungen in den Testverfahren zu Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Lernen und Gedächtnis sowie Wahrnehmung könnten nicht eindeutig als Funktionsstörungen interpretiert werden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht sein volles Potential abgerufen habe. Positiv belegbar und mit hoher Sicherheit nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen. Die Erstellung eines gültigen Testprofils sei vor diesem Hintergrund nicht möglich gewesen. Insgesamt lasse sich aufgrund der Probleme bezüglich Beschwerdevalidierung aus neuropsychologischer Sicht weder eine Gesamteinschätzung des aktuellen kognitiven Leistungsvermögens noch der Arbeitsfähigkeit vornehmen (Urk. 7/77/9 f., 7/80/39).

Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Dr. D.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.11, Urk. 7/80/21; [gemeint wohl: mit somatischem Syndrom, vgl. Urk. 7/80/23]). Anlässlich der Exploration sei der Beschwerdeführer bewusst seines klar und allseits orientiert gewesen. Auffälligkeiten in Bezug auf Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten nicht bestanden. Hinsichtlich Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit seien relevante Störungen aufgefallen. Während der gesamten Untersuchung habe der Beschwerdeführer demonstrativ und übermässig müde, energielos und dann teilweise kurz explosiv aggressiv gewirkt. Ein affektiver Rapport habe nur teilweise hergestellt werden können. Die soziale Situation habe nur teilweise adäquat wahrgenommen und reaktiv verarbeitet werden können. Es habe sich zudem eine motorische Unruhe mit stereotypen Bewegungen gezeigt, welche intensiviert worden seien, wenn bemerkt worden sei, dass sie beobachtet wurden. Insgesamt hätten der Auftritt am Untersuchungsgespräch und dessen Gestaltung Hinweise auf eine ausgeprägte demonstrative Verdeutlichung der Befunde ergeben (Urk. 7/80/9).

Mit Blick auf das Mini-ICF-APP seien jeweils leichtgradige Beeinträchtigungen in den Bereichen Anpassung an Regeln und Routinen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Entscheidungsfähigkeit und Urteilsbildung sowie Kontaktfähigkeit zu Dritten,

Gruppenfähigkeit und Verkehrsfähigkeit vorhanden. Mittelgradig sei die Durchhaltefähigkeit beeinträchtigt (Urk. 7/80/30 f.).

Vor diesem Hintergrund sei für eine Verweistätigkeit mit ausreichenden Erholungsphasen, einer Tagesbelastung von maximal 6.7 Stunden pro Tag , geringen bis mittelgradigen kognitiven Anforderungen sowie ohne Verkaufstätigkeit und Teamführung von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dies gelte seit September 2015. Zuvor habe ab November 2014 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, wovon auch für die angestammte Tätigkeit auszugehen sei. Ab August 2015 (richtig wohl: September 2015) sei diesbezüglich eine 70%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren (Urk. 7/80/29, 7/80/31 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die medizinischen Sachverständigen ebenfalls zu dieser Überzeugung (Urk. 7/80/43 f.). 3.6

In seinem zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers am 27. Februar 2018 beantworteten Fragebogen hielt Dr. G.____ insbesondere fest, dass er mit der von Dr. D.____ gestellten Diagnose grundsätzlich einverstanden sei. Allerdings lägen eine Auslenkung zu einer schweren Erkrankung sowie ein somatisches Syndrom vor. Der Beschwerdeführer könne sein Potential krankheitsbedingt nicht abrufen. Bei dem in der Expertise erwähnten demonstrativen Verhalten handle es sich um eine subjektive Interpretation des Gutachters (Urk. 7/86/1 f.). Des Weiteren seien die vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten optimal ausgeschöpft worden. Aktuell bestünden weder therapeutische noch medikamentöse Optionen im Hinblick auf eine relevante Besserung der Symptomatik. In absehbarer Zeit könne mit einer solchen nicht gerechnet werden. Der Beschwerdeführer sei seit Behandlungsbeginn im November 2016 durchgehend krankheitsbedingt vollständig arbeitsunfähig, was auch für eine angepasste Tätigkeit gelte. Die vom Gutachter dargelegte Begründung zur Arbeitsfähigkeit sei ein Konstrukt, das den realen Gegebenheiten in keiner Weise gerecht werde (Urk. 7/86/2 f.). 3.7

Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom B.____ erachtete die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in seiner Stellungnahme vom 28. Februar 2018 ebenfalls für nicht überzeugend und verwies dies bezüglich auf die Beurteilung im Bericht vom 3. Oktober 2016 (vgl. E. 3.3 vorstehend). Darüber hinaus hielt er namentlich fest, dass im Rahmen der ambulanten Behandlung durchaus eine umfangreiche Pharmakotherapie stattgefunden habe. In Bezug auf die gutachterliche Konsensbeurteilung merkte er zudem an, dass darin eine wesentliche Würdigung der anamnestisch bereits prämorbid bestehenden Persönlichkeitsakzentuierung fehle (Urk. 7/86/5 ff.). 3.8

In seiner Stellungnahme vom 26. Juli 2018 zu den Einwendungen des Beschwerdeführers und den von diesem aufgelegten Arztberichten betonte Dipl. Psych. Dipl.-Inf.-Wiss. E.____ , dass der Beschwerdeführer in zwei Beschwerdevalidierungsverfahren Ergebnisse erzielt habe, die knapp über dem Zufallsniveau lägen. Naheliegende Ursache sei nicht eine sehr schwere authentische kognitive Störung, sondern vielmehr eine negative Antwortverzerrung. Die Vermutung sei denn auch durch das Verhalten in einem dritten Verfahren untermauert worden, welches der Beschwerdeführer von sich aus abgebrochen habe, da es ihm zu schwer vorgekommen sei. Dieser Test sei jedoch so leicht, dass er problemlos auch von Patienten mit mittelschwerer oder schwerer Depression zu beantworten sei , solange eine ausreichende Mitwirkung erreicht werden könne. Insgesamt stünden die in der Beschwerdevalidierung demonstrierten Beeinträchtigungen im

Widerspruch zu den anamnestischen Angaben bezüglich der aktuellen Lebensgestaltung. Die neu eingereichten ärztlichen Unterlagen würden an der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern vermögen (Urk. 7/90/2 f.). 3.9

Dieser Sichtweise schloss sich auch Dr. D. ___ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 30. Juli 2018 an. Es fänden sich keine neuen Tatsachen, welche im Gutachten nicht berücksichtigt worden seien (Urk. 7/93/10). Er halte daran fest, dass die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien, sondern am ehesten das erste Level einer Optimierung der Behandlung durchgeführt worden sei (Urk. 7/93/6). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht keine Invalidenrente zugesprochen hat. Als medizinische Grundlage diene dabei

in erster Linie das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten vom 2. respektive 24. Oktober 2017, welches die Beschwerdegegnerin grundsätzlich als beweiskräftig erachtete. Sie verneinte jedoch das Vorliegen eines invaliden versicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens (Urk. 2, Urk. 7/96/6 ff.). Entgegengesetzter Auffassung ist der Beschwerdeführer, welcher dem Gutachten die Beweiskraft abspricht und gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte von einem invalidisierenden psychischen Leiden ausgeht (Urk. 1 S. 3 ff.). 4.2 4.2.1

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

Dabei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und rechtlich zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen). 4.2.2

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a.

auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 4.2.3

Die Dres . G.____ und H.____ nahmen am 2 7. beziehungsweise 2 8. Februar 2018 zum Gutachten Stellung (Urk. 7/86) . Abgesehen davon, dass ihre Berichte keine aktuelle objektive Befunderhebung enthalten , bekräftigt en die behandelnden Fachärzte darin zur Hauptsache ihre früheren medizinischen Einschätzungen (vgl. Urk. 7/55, 7/66) , welche den beiden Gutachtern bekannt waren (vgl. Urk. 7/77/1, 7/80/8) . Dr. D.____ nahm darauf im Rahmen seiner Würdigung auch wiederholt Bezug, unter anderem bei der Herleitung der Diagnosen (Urk. 7/80/21 ff.), bei der Beurteilung der bisher stattgefundenen Therapien (Urk. 7/80/24 f.) sowie im Zuge der Festlegung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/80/29). Insgesamt werden in den Berichten der behandelnden Ärzte keine Gesichtspunkte benannt, welche nicht rein subjektiver Interpretation entstammen und bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind.

Zu betonen ist darüber hinaus, dass mit Blick auf die gestellten Diagnosen nur geringfügige Unterschiede auszumachen sind . Sowohl Dr. D.____ als auch die behandelnden Fachärzte sind sich dahingehend einig, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet , wobei grundsätzlich auch übereinstimmend von einer gegenwärtig mittelgradigen Episode ausgegangen wird . Nicht von entscheidender Bedeutung sind in diesem Kontext die von den Medizinern diskutierten Fragen , ob ein somatisches Syndrom vorliegt und ob tendenziell eher von einer Auslenkung zu einer leichten oder einer schweren Erkrankung auszugehen ist (vgl. Urk. 7/ 55, 7/66, 7/80/23, 7/86/1 und 7/86/6) .

So ist nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens massgebend , sondern es sind deren konkrete n Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungs fähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis und 143 V 418 E. 6).

Darauf ist im Folgenden im Detail einzugehen. 5. 5.1

Für den Rechtsanwender ist eine medizinische Einschätzung der Arbeitsun fähigkeit aus psychischen Gründen nicht ohne Weiteres verbindlich. Es kann davon abgewichen werden, ohne dass ein Gutachten seinen Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweis). Grundsätzlich soll für sämtliche psychischen Leiden — namentlich auch für depressive Störungen — ein indikatorengelitetes Beweisverfahren gemäss BGE

141 V 281 Anwendung finden (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 und 143 V 418 E. 7.1) , das Aufschluss über das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen geben soll (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Dabei ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vor handenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärzt lichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 5.2

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

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

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

Die Standardindikatoren erlauben unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislusige Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; 141 V 547 E. 2). 5.3.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass Dr. D.____

unter Berücksichtigung einer ausgeprägten demonstrativen Verdeutlichung der gesamten Befunde zum einen leichtgradige Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und Konzentration feststellen konnte. Darüber hinaus bezog er in seine Diagnosestellung mit ein, dass der Beschwerdeführer über Schlafstörungen, leichten depressiven Grübelzwang, Gefühle von Traurigkeit und Überforderung mit Interessensverlust, manchmal aufkommende Gefühle der Freundlosigkeit, eine erhebliche Antriebsverminderung sowie eine subjektiv stark gefühlte Ermüdbarkeit klagte. Die im Rahmen der Untersuchung gezeigte Ermüdung stuft Dr. D.____ jedoch als übermässig und demonstrativ ein. Im Weiteren fand sich eine motorische Unruhe mit stereotypen Bewegungen («Nestelbewegungen»), wobei keine eigentliche psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit festgestellt werden konnte (Urk. 7/80/9, 7/80/22 f.). Der Schluss auf eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) erweist sich bei dieser Befundlage als nachvollziehbar. Diese Diagnose weist einen direkten Bezug zum Schweregrad auf und deutet formal auf eine nicht mehr leichte psychische Erkrankung hin, die grundsätzlich invalidisierend sein kann (vgl. BGE 143 V 418 E. 5.2.2).

Entscheidend und zusätzlich zu prüfen ist rechtsprechungsgemäss allerdings, ob nach den übrigen Standardindikatoren auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störung zu schliessen ist, der sich nach dessen konkreten Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen dadurch beeinträchtigt ist (BGE 143 V 418 E. 5.2.3). 5.3.2

Mit Blick auf den Gesichtspunkt der «Therapieresistenz» ist vorab dem Beschwerdeführer beizupflichten, dass allein die fehlende Ausschöpfung aller Behandlungsmöglichkeiten nicht mehr ausreicht, um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu verneinen. Zu berücksichtigen ist trotzdem, dass sich Dr. D.____

unter Bezugnahme auf Fachliteratur klar gegen eine Therapieresistenz aussprach und auf verschiedene Möglichkeiten der Optimierung der Psychopharmakotherapie und alternative Therapieoptionen hinwies (Urk. 7/80/24 f., 7/93/2 ff.). Dem wurde seitens der behandelnden Ärzte zwar widersprochen, was indes nicht zu überzeugen vermag. So ist deren

im Februar 2018 verfassten Stellungnahmen zu entnehmen, dass seit Oktober 2015 kein Wechsel respektive keine Aufdosierung der Medikation mehr stattgefunden habe. Eine Überprüfung des Serumspiegels erfolgte ebenfalls nicht. Dies erstaunt in Anbetracht dessen, dass im Verlauf der Behandlung keine wesentliche Besserung der depressiven Symptomatik festgestellt werden konnte (Urk. 7/86/2, 7/86/7). Des Weiteren bleibt anzumerken, dass der behandelnde Psychiater Dr. G.____ in seinem Bericht vom 6. März 2017 eine Remission der depressiven Symptome noch langfristig für möglich hielt (Urk. 7/66/3). Mit Bericht vom 27. Februar 2018 verneinte er das Vorhandensein weiterer therapeutischer Möglichkeiten (Urk. 7/86/3), was angesichts des Umstands, dass sich der Beschwerdeführer nur noch «unregelmässig» bei ihm in Behandlung begibt (Urk. 7/80/17), nicht einleuchtet. Insgesamt ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Therapieresistenz ausgewiesen.

Zum Eingliederungserfolg respektive zur Eingliederungsresistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer vom 27. Oktober 2015 bis 26. Februar 2016 ein von der Beschwerdegegnerin zugesprochenes Aufbautraining absolvierte. Dabei wurde eine insgesamt unterdurchschnittliche Leistungsmotivation festgestellt, wobei eine allenfalls bestehende depressive Überlagerung in Betracht gezogen wurde (Urk. 7/37/7). Im weiteren Verlauf ersuchte der Beschwerdeführer zwar nochmals um die Gewährung beruflicher Massnahmen (Urk. 7/56), unternahm ansonsten indes trotz der seitens des B.____ attestierten Arbeitsfähigkeit von 40-50% für angepasste Tätigkeiten (Urk. 7/54/2) keine Anstrengungen, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer Eingliederungsresistenz gesprochen werden. 5.3.3

In Bezug auf den Indikator «Komorbiditäten» ist festzuhalten, dass von gutachterlicher Seite nebst der rezidivierenden depressiven Störung keine Diagnosen gestellt wurden. Dementsprechend bestehen keine Wechselwirkungen zwischen psychiatrischen Krankheitsbildern (vgl. Urk. 7/80/21). Auch somatische Begleiterkrankungen, welche potentiell negativen Einfluss auf den Verlauf und den Schweregrad der depressiven Störung haben könnten, liegen unbestrittenermassen nicht vor (vgl. Urk. 7/80/17 f.). 5.3.4

Was den Komplex «Persönlichkeit» anbelangt, gilt es zu beachten, dass von gutachterlicher Seite weder eine Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitszüge festgestellt werden konnten. Dr. D.____ führte in schlüssiger Weise aus, weshalb die ICD-10-Kriterien in diesem Zusammenhang nicht erfüllt sind. Insbesondere finden sich keine auffälligen Verhaltensmuster, welche bereits seit der Kindheit nachweisbar sind (vgl. zum schulischen Werdegang Urk. 7/80/16). Eine deutliche Unausgeglichenheit in den Einstellungen oder im Verhalten waren von gutachterlicher Seite ebenfalls nicht zu eruieren (Urk. 7/80/21). Dies ist insbesondere auch vereinbar mit dem Eindruck, welchen der Beschwerdeführer im

Rahmen des mehrmonatigen Aufbautrainings hinterliess. Gemäss Schlussbericht vom 26. Februar 2016 wurde er als freundliche, im Umgang offene und am Austausch interessierte Person wahrgenommen, die aber auch klar ihre Meinung vertreten konnte (Urk. 7/37/6). Insgesamt fehlt es an Anhaltspunkten, welche für eine ressourcenhemmende Persönlichkeitsstruktur sprechen. 5.3.5

Zum sozialen Lebenskontext ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau zusammenlebt, mit welcher er seit 2002 verheiratet ist (Urk. 7/77/3) . Trotz Hinweisen auf eine durch die depressive Erkrankung belastete Partnerschaft (vgl. Urk. 7/55/4) ist dies als stützende Ressource zu werten. So teilen die Ehegatten die Haushaltsführung unter sich auf , erledigen gemeinsam Einkäufe und verbringen zusammen die Freizeit (Urk. 7/80/18 f.). Darüber hinaus scheint der Beschwerdeführer keine beständigen inner- oder ausser familiären Kontakte zu pflegen und berichtete von einem sozialen Rückzug mit weitgehendem Abbruch freundschaftlicher Beziehungen (Urk. 7/80/10, 7/86/3) . Er ist aber doch in der Lage, neue Bekanntschaften zu schliessen und in soziale Interaktion zu treten , etwa im Rahmen eines Tanzkurses für Männer (Urk. 7/37/3) oder der wöchentlichen Teilnahme am Saxophonunterricht (Urk. 7/ 80/18). Des Weiteren hilft er einmal pro Woche unentgeltlich für zwei bis fünf Stunden in einer Kinderwerkstatt aus und unterstützt die Leiterin bei der Betreuung der Kinder (Urk. 7/65/1 f., 7/80/18 und 7/86/3). Vor diesem Hintergrund kann nicht auf einen krankheitsbedingten sozialen Rückzug geschlossen werden. 5.3.6

Im Kontext der beweisrechtlich entscheidenden Kategorie «Konsistenz» ist einerseits auf die gutachterlich festgestellten Inkonsistenzen hinzuweisen. Von neuropsychologischer Seite wurde festgehalten, dass die vom Beschwerdeführer in der Beschwerdevalidierung demonstrierten Beeinträchtigungen im Widerspruch zu seinen anamnestischen Angaben bezüglich seiner aktuellen Lebensgestaltung stünden. Mangels Vorliegens einer sehr schweren authentischen kognitiven Störung wie beispielsweise einer akuten Psychose oder einer schweren Demenz liege eine negative Antwortverzerrung nahe (Urk. 7/90/2 f.). Aus psychiatrischer Sicht wurde die anlässlich der Exploration gezeigte Müdigkeit

und Körpersprache als demonstrativ wahrgenommen, wobei Dr. D.____ ausserdem beobachten konnte, dass der Beschwerdeführer ausserhalb der Praxis eine völlig andere Bewegungsweise und Körpersprache an den Tag legte . Des Weiteren fiel ihm auf, dass zwischen der offenen Befragung, den beobachtbaren Befunden und einer direkten geschlossenen Abfrage stets eine deutliche Lücke klaffte. Bei Letzterer seien starke bis stärkste Symptome angegeben worden; im Gegensatz dazu seien bei dualen Abfragen und offenen Fragen deutlich differente Befundangaben erfolgt . Insgesamt ging Dr. D.____ von einer starken Verdeutlichung der Symptomatik aus (Urk. 7/80/13 f.).

Andererseits fällt ins Gewicht, dass keine signifikanten krankheitsbedingten Einschränkungen in allen vergleichbaren Lebensbereichen vorliegen. So verfügt der Beschwerdeführer über eine im Wesentlichen geregelte Tagesstruktur, wobei er diverse Haushaltstätigkeiten wie die Wohnungsreinigung übernimmt, kocht, teilweise selbst Brot bäckt und gemeinsam mit seiner Ehefrau Einkäufe erledigt. Darüber hinaus ist — selbst wenn damit auch therapeutische Zwecke verfolgt werden sollten (vgl. Urk. 7/86/3) — zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer jeden Tag das Saxophonspielen übt und sich einmal pro Woche unterrichten lässt. Wie bereits ausgeführt, hilft er zudem jeweils freitags für mehrere Stunden in einer Kinderwerkstatt aus. Des Weiteren unternimmt er Spaziergänge und versucht, alte Schuhe zu reparieren (Urk. 7/80/18 f.) . In seiner Mobilität

ist er ebenfalls nicht erheblich eingeschränkt, da es ihm sowohl möglich ist, die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen als auch einen Personenwagen zu lenken. Dabei ist er auch in der Lage, längere Fahrten wie beispielsweise in den Schwarzwald zu unternehmen (Urk. 7/77/2).

Das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers ist gesamthaft jedenfalls nicht mit der von ihm und dem behandelnden Psychiater geltend gemachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit vereinbar (vgl. auch Urk. 7/80/27).

Ein Leidensdruck ist insofern ausgewiesen, als der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht. Er nimmt zudem die ihm verordneten Psychopharmaka ein, was die anlässlich der Begutachtung veranlasste Blutanalyse ergab (Urk. 7/80/15). Der Beschwerdeführer begab sich darüber hinaus bereits in stationäre Behandlung (vgl. Urk. 7/45/3). Bei Dr. G. ___ befindet er sich allerdings nur noch unregelmässig in ambulanter therapeutischer Behandlung (Urk. 7/80/17).

Zu einer gewissen Relativierung des Leidensdrucks führt

zudem der Gesichtspunkt, dass der Beschwerdeführer trotz persistierender Beschwerden selbst keine Anstrengungen unternimmt, alternative Behandlungsmöglichkeiten wahrzunehmen, sondern in passiver Haltung von den Ärzten erwartet, ihn zu heilen (Urk. 7/80/20). 5.3.7

Zusammenfassend ergibt sich aus der Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass insbesondere weder eine Therapie- oder Eingliederungsresistenz noch eine ressourcenhemmende Persönlichkeitsstruktur vorliegen. Im sozialen Lebenskontext ist ein

krankheitsbedingter Rückzug nur eingeschränkt erkennbar. Der Beschwerdeführer scheint zwar eher zurückgezogen zu leben, pflegt aber eine stabile Beziehung zu seiner Ehegattin und ist auch in der Lage, ausserfamiliär regelmässig mit Personen in näheren Kontakt zu treten. Dies ist als stützende Ressource zu werten.

Für die Beurteilung ausschlaggebend ist schliesslich, dass zwar mit Blick auf die bis anhin wahrgenommenen Behandlungen ein Leidensdruck spürbar ist. Rechnung zu tragen ist einerseits jedoch auch den im Zuge der Begutachtung festgestellten erheblichen

Inkonsistenzen. Andererseits liegt keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus

in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor. Bei dieser Ausgangslage

bestehen insgesamt keine triftigen Gründe, die von Dr. D. ___ sowie den Gutachtern im interdisziplinären Konsens statuierte 70%ige Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich als IT-Systemspezialist (Urk. 7/113/28 f.) in Zweifel zu ziehen. Dadurch wird insbesondere auch dem Umstand hinreichend Rechnung getragen, dass einzig die Durchhaltefähigkeit als mittelgradig eingeschränkt erachtet wurde, was einen erhöhten Pausenbedarf nach sich zieht. In den übrigen Fähigkeitsbereichen ergaben sich aus gutachterlicher Sicht nur leichtgradige Beeinträchtigungen (vgl. Urk. 7/80/30 f.). Im Übrigen ist nochmals zu betonen, dass die gutachterliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, die es zu respektieren gilt (vgl. E. 4.2.1 vorstehend).

Damit ist auch gesagt, dass die Einschätzung

der behandelnden Fachärzte, welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit attestierten, nicht gefolgt werden kann. Retrospektiv kann im Übrigen ebenfalls auf die gutachterliche Beurteilung abgestellt werden, wonach seit September 2015 von der 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (Urk. 7/80/43). Im Monat davor befanden die Fachärzte des B.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit als zumutbar (Urk. 7/21/3). Die im weiteren Verlauf von ihnen auf Dauer bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich vermag nicht zu überzeugen, da im Wesentlichen unveränderte Befunde erhoben wurden (vgl. Urk. 7/45/2 f., 7/55/3 ff.). Hervorzuheben ist ausser dem, dass Dr. F.____

im August 2015 von einer raschen Möglichkeit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ausging (Urk. 7/23/7). 6.

Auf der Grundlage einer 70%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich als IT-Systemspezialist ab September 2015 erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich. Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen sind gestützt auf dieselbe Bemessungsgrundlage und der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Dieser liegt demnach bei nicht rentenbegründenden 30 % (vgl. E. 1.2 vorstehend). 7. 7.1

In seinem Eventualbegehren ersucht der Beschwerdeführer um die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen in Form einer Potentialabklärung oder eines Belastbarkeitstrainings (Urk. 1 S. 1 und S. 8). Die Beschwerdegegnerin hielt diesbezüglich in der angefochtenen Verfügung fest, dass dem Beschwerdeführer Eingliederungsmassnahmen angeboten worden seien. Er habe diese je doch mit der Begründung abgelehnt, dabei zu sein, eine tragfähige Tagesstruktur aufzubauen (Urk. 2 S. 2). 7.2

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzt einen Eingliederungswillen beziehungsweise eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. In diesem Zusammenhang sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung respektive Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor dem kantonalen Versicherungsgericht gemachten Ausführungen beziehungsweise gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2 mit Hinweisen). 7.3

Im Vorbescheidverfahren ersuchte der Beschwerdeführer zunächst mit Einwand vom 19. Oktober

2016 um die Gewährung von beruflichen Massnahmen (Urk. 7/56), welche nach einem Gespräch mit einer Eingliederungsberaterin der Beschwerdegegnerin am 9. Februar 2017 für nicht umsetzbar erachtet wurden (Urk. 7/64 f.). Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung war die Motivationslage für eine berufliche Wiedereingliederung nicht deutlich erkennbar (Urk. 7/77/4). Anlässlich der psychiatrischen Exploration durch Dr. D.____

äusserte

sich der Beschwerdeführer dahin gehend, dass seine persönliche Perspektive der Erhalt einer Rente sei. Danach könne er sehen, wie er sein Leben weiter gestalten würde. Eine Vorstellung, wie er ohne Rente leben würde, habe er nicht. In Bezug auf Eingliederungsmassnahmen fühle er sich aktuell vollständig überfordert (Urk. 7/80/16-19). Von gutachterlicher Seite wurden Eingliederungsmassnahmen in Anbetracht dieser motivationalen Probleme für nicht sinnvoll erachtet (Urk. 7/80/32). In seinen weiteren Stellungnahmen vom 1. März und 2. Oktober 2018 beantragte der Beschwerdeführer denn auch ausschliesslich die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente (Urk. 7/87, 7/95). In Anbetracht dieser Gegebenheiten

steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass es gegenwärtig an einem Eingliederungswillen fehlt, welcher für die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen jedoch von essentieller Bedeutung ist.

Daran vermag auch nichts zu ändern, dass nun im Beschwerdeverfahren wieder um die Zusprechung von beruflichen Massnahmen ersucht wird, zumal nach wie vor das Rentenbegehren eindeutig in den Vordergrund gestellt wird.

Ergänzend bleibt anzumerken, dass die vom Beschwerdeführer beantragten Eingliederungsmassnahmen unter Art. 14a IVG (Integrationsmassnahmen) zu subsumieren sind und demnach von Gesetzes wegen eine seit mindestens sechs Monaten bestehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % voraussetzen. Ausgehend von der beweiskräftigen gutachterlichen Beurteilung ist auch dieses Erfordernis nicht gegeben.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 13. Oktober 2018 (Urk. 2) erweist sich folglich als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 9

.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

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