

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00214 vom 10. Juni 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00214

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00214 du 10 juin 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00214 del 10 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, war seit 1. Oktober 2007 bis zur Kündigung per 31. Mai 2011 (Urk. 7/18) bei der Y.____, Z.____, als Pannenhelfer angestellt (Urk. 7/14/1). Am 6. Oktober 2010 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/3), nachdem er im November 2009 einen Unfall während der Arbeit erlitten hatte, bei dem ihm eine Motorhaube auf den Kopf gefallen war und er sich am 23. März 2010 einer Zystenresektion und am 13. Juli 2010 einer Mitralklappenrekonstruktion unterzogen hatte (vgl. unter anderem: Urk. 7/9/3, Urk. 7/70/38 f.).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die beruflich-erwerblichen und die medizinischen Verhältnisse ab und holte die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung ein (Urk. 7/12-17, 7/19-20, 7/24-25, 7/28, 7/32, 7/48). Am 9. August 2012 gab die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, welches am 23. November 2012 durch die A.____

erstattet wurde (Urk. 7/70). Am 18. November 2013 erteilte die IV-Stelle Kostengutsprache für eine Umschulung zum Handelsdiplom vom 13. Dezember 2013 bis 22. Mai 2015 (Urk. 7/97) und verneinte mit Verfügung vom 3. Dezember 2013 einen Rentenanspruch (Urk. 7/104). Per 5. Januar 2015 trat der Versicherte ein Praktikum bei der B.____ mit einem Pensum von 40 % an (Urk. 7/131), das per 26. Mai 2015 auf

E. 1.1

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

E. 1.2

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 betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern

können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 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 voraus (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 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 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). 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 zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen 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 abstellen (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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 14. Februar 2019 (Urk. 1) im Wesentlichen damit, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers bei entsprechender Behandlung nicht langanhaltend sei, weshalb eine invalidisierende psychische gesundheitliche Einschränkung nicht ausgewiesen sei. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 3. Dezember 2013 erachte sie daher als nicht erstellt und es werde weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ausgegangen. 2.2

In der Beschwerde vom 20. März 2019

(Urk. 1) lässt der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass der medizinische Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt worden sei . Es ergebe sich aus dem

Job-Coaching und der Beurteilung des D.____, dass seine Leistungsfähigkeit, unabhängig von der konkreten Präsenzzeit, nicht über 40 % gesteigert werden können. Der Gutachter Dr. C.____ sei zu denselben Diagnosen gelangt wie bereits Dr. E.____ vom D.____, nämlich zu einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom sowie einer undifferenzierten Somatisierungsstörung. Dr. F.____ habe eine paranoide Persönlichkeitsstörung, eine rezidivierende depressive Episode und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert. Der Beschwerdeführer rügt, dass die Beschwerdegegnerin diese fachärztlich-psychiatrische Diagnosen lediglich durch die RAD-Ärztin dipl.-m ed.

G.____ habe prüfen lassen, die als Fachärztin für Innere Medizin fachfremd sei. Anders als vom RAD gewertet, fänden sich Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung bereits in allen medizinischen Berichten über den Beschwerdeführer. Weiter wäre gemäss Beschwerdeführer nach erfolgter Therapie ein Verlaufsgutachten einzuholen und von fachärztlicher Seite die gestellte Diagnose diskutieren zu lassen. Dargelegt in der Beschwerdeschrift wird zudem, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Januar 2018 mit einem Pensum von 40-60 % in der Firma eines Freundes arbeite, bei der er seine Arbeitszeit frei einteilen und dadurch seine Defizite einigermaßen kompensieren könne. 3. 3.1

Anlässlich der Begutachtung durch die

A.____

im Jahr 2012 (Urk. 7/70) wurde der Beschwerdeführer neurologisch, psychiatrisch, allgemein-medizinisch, orthopädisch und neuropsychologisch untersucht.

Im Gutachten wurden folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/70/37): - Mitralklappenrekonstruktion in minimalinvasiver Technik am 13. Juli 2010 mit Implantation von vier Myocordae à 12mm am Segment P12, Implantation eines 34mm Physioringes bei schwerer Mitralklappeninsuffizienz bei Prolaps des anterioren

Mitralsegels, Erstdiagnose 12/09 - Unklare Bewusstseins Einschränkungen; Ausschluss Epilepsie

Als eine Diagnose ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde eine Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion genannt (Urk. 7/70/37).

Polydisziplinär wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer « Trümmel », eine allgemeine Leistungsschwäche

und ein chronisches Schmerzsyndrom beklage, wobei er von Kopf bis Fuss Beschwerden habe (Urk. 7/70/39). Für das Ganzkörperschmerzsyndrom konnte von neurologischer Seite kein objektivierbarer Befund gefunden werden. Somatisch wurde eine Reduktion der beruflichen Leistungsfähigkeit für schwere Arbeiten aufgrund der leicht eingeschränkten Herzfunktion festgestellt. Psychiatrisch liessen sich inklusive neuropsychologischer Testung keine kognitiven Einbussen evaluieren. Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden seien am ehesten im Rahmen einer Anpassungsstörung bei mehreren somatischen Eingriffen zu erklären und würden einer psychischen Verunsicherung entspringen (Urk. 7/70/41).

Die Restarbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Pannenhelfer wurde aufgrund der eingeschränkten Herzleistung mit 80 % eingestuft. Eine volle Arbeitsfähigkeit bestünde

jedoch in einer adaptierten Tätigkeit mit leichten und mittel schweren Arbeiten (Urk. 7/70/42). 3.2

Im Rahmen des Job-Coaching wurde eine neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers veranlasst . Im Bericht vom 1 3. April 2016 (Urk. 7/179/12-19) hielten lic . p hil. H.____ und lic . p hil. I.____ , beide Fachpsychologinnen für Neuropsychologie FSP und zertifizierte Gutachterinnen Neuropsychologie SIM, fest, dass der Beschwerdeführer mit Ausnahme einer leichten Verlangsamung in der Reaktionsfähigkeit und der verbalen und nonverbalen Interferenzfähigkeit eine alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit bei anamnes tisch zeitlich verminderter mentaler Belastbarkeit aufweise (Urk. 7/179/18).

In der herkömmlichen Tätigkeit sowie in einer ausbildungsentsprechenden Verweistätigkeit sei rein neuropsychologisch in leistungsfähiger Hinsicht von keiner bedeutsamen Einschränkung auszugehen (Urk. 7/179/19). 3.3

Der Beschwerdeführer befand sich ab dem 2 4. Mai 2016 in ambulanter Behandlung bei Dr. med. E.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

im D.____ . Diese r erstattete am 7. Oktober 2016 einen Bericht und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) - Verdacht auf Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) - Panikstörung (ICD-10: F41.0) - Posttraumatische Verbitterungsstörung

Diese Diagnosen würden wahrscheinlich seit Beendigung der Rehabilitation nach der Herzoperation Ende 2010 bestehen. Dr. E.____ berichtete, dass der Beschwerdeführer über Schwindel, Kopfschmerzen sowie immer wieder auftretende heftige Nacken- und Rückenschmerzen klagte . Dazu kämen Herzschmerzen, «Blackouts», Gleichgewichtsstörungen, visuelle Einschränkungen, Koordinationsschwierigkeiten, schnelle Ermüdbarkeit, Tinnitus, Konzentrationsstörungen und Migräne (Urk. 7/185/5) . Dr. E.____

stellte ein mittelgradig depressives Zustandsbild mit Freudlosigkeit, Konzentrationsstörungen, Antriebsblockaden, Gedanken k reisen, niedrigem Selbstwertgefühl, Zukunftsängsten, Schlafstörungen und Störung der Libido fest (Urk. 7/185/6). Der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung sei auf grund der bisher ungenügenden Erklärung der beschriebenen Schmerzen durch körperliche Befunde formuliert worden (Urk. 7/185/6). Die Panikstörung bein halte die Symptome Schwindel, Todesangst, Erstickungsgefühle, Parästhesien und Zittern (Urk. 7/185/7). Nach anfänglicher Ablehnung habe der Beschwerdeführer am 6. Oktober 2016 einer antidepressiven Medikation zugestimmt (Urk. 7/185/7).

Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. E.____ fest, dass aufgrund der Verlängerung der beruflichen Massnahmen keine Zeit verblieben sei, um die vom Arbeitgeber beschriebene Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Der Beschwerdeführer berufe sich auf Fremdmeinungen ; eine objektivierbare Selbstbeurteilung seiner Leistungsfähigkeit fehle (Urk. 7/185/7). Weiter führt e

Dr. E.____ aus, dass entsprechend den Beobachtungen des Arbeitgebers davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer in einer einfachen Bürotätigkeit, bezogen auf eine 100%ige Präsenzzeit, zumindest mittelfristig eine Leistungsfähigkeit von 35 % nicht überschreiten werde. Längerfristig wäre bei ko nsequenter psychotherapeutischer Begleitung mit einer

Verbesserung der Lebensqualität, möglicherweise auch mit einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit zu rechnen (Urk. 7/185/7). 3.4

Im psychiatrischen Gutachten vom 1. Februar 2017 (Urk. 7/192) wurde von Dr. C.____ eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert (Urk. 7/192/45).

Auf die Frage zu seinen aktuellen Beschwerden habe der Beschwerdeführer angegeben, nicht zu wissen, was sein Problem sei. Er sei seit dem Unfall im Jahr 2009 ein ganz anderer Mensch. An somatischen Beschwerden habe er einen dif fusen Schwindel beklagt, Übelkeit und Schmerzen. In psychischer Hinsicht habe er angegeben ,

sich müde und energielos zu fühlen. Seine Stimmung sei in den letzten Jahren eher gedrückt (Urk. 7/192/31 f.). Betreffend die aktuelle Behandlung gab der Beschwerdeführer an , b ei Dr. E.____ in der D.____ seit dem 24. Mai 2016 alle 14 Tage in Behandlung zu sein, wobei er dort auch nicht gerne wieder hinmöchte. Früher sei er nie in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung gewesen. Er nehme aktuell morgens 10mg Escitalopram (Urk. 7/192/38 f.). Die Untersuchung zeigte im Medikamentenspiegel einen Wert von < 1

µ g /l für Escitalopram

bei einem Referenzbereich von 15-80

µ g /l

(Urk. 7/192/45).

Im Gutachten wurde ausgeführt, dass wenn auch mit Verweis auf erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen , beim Beschwerdeführer rein formal die Diagnose einer mittelgradigen bis hochgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom bestätigt werden müsse. Eine Aggravation der Beschwerden könne jedoch nicht ausgeschlossen werden ; in diesem Zusammenhang sei die niedrige Behandlungsfrequenz, die Nichtdurchführung einer stationären Behandlung trotz seit 2012 beklagten hochgradigen Einschränkungen sowohl privat als auch beruflich und die mangelnde Compliance im Hinblick auf die Einnahme von gegenwärtig verordneten Medikamenten gemäss Medikamentenspiegel auffallend (Urk. 7/192/54 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit erklärte Dr. C.____ , dass der Beschwerdeführer in seiner Tätigkeit als Pannenhelfer seit 2012 zu 100 % arbeitsunfähig sei. In der zuletzt ausgeübten und bereits angepassten Tätigkeit im B.____ bestehe bei einer 100%igen Präsenzzeit eine 35%ige Leistungsfähigkeit seit Mai 2016 (Urk. 7/192/60). Empfohlen wurde dringend eine Intensivierung der fachärztlichen Behandlung, vorzugsweise im stationären Rahmen (Urk. 7/192/61). 3. 5

Für die Prüfung der Fahreignung wurde der Beschwerdeführer am 17. Mai 2017 von Dr. J.____ , Facharzt für Rechtsmedizin FMH, untersucht. Im Kurzgutachten vom 14. September 2017 hielt dieser fest, dass die Fahreignung weiter befürwortet werden könne (Urk. 7/219/3).

Zudem wurde der Beschwerdeführer am 16. August 2017 von lic . phil.

K.____ , Fachpsychologin für Verkehrspsychologie FSP , untersucht. Dabei wurden neun verkehrspsychologische kognitive Leistungstest durchgeführt, bei denen der

Beschwerdeführer weitgehend durchschnittliche oder überdurchschnittliche Resultate erzielte (Urk. 7/219/8 f.). Im explorativen Interview habe der Beschwerdeführer angegeben, auch subjektiv keine Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit zu bemerken. Eine Ausnahme seien die wiederholt auftretenden Panikattacken, in deren Folge er jeweils nicht aufnahmefähig und auf sich selbst fokussiert sei (Urk. 7/219/10). Die kognitive Leistung wurde insgesamt als ausreichend gewertet, um Motorfahrzeuge der 1. und 2. medizinischen Gruppe zu lenken (Urk. 7/219/11). 3.6

Mit undatiertem Bericht (Eingangsdatum : 10. April 2018) stellte Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/229/6) : - Paranoide Persönlichkeitsstörung ICD-10 F60.0 bestehend seit Jahren - Damit einhergehende depressive Episoden unterschiedlichen Ausmasses, aktuell mittelgradig - Undifferenzierte Somatisierungsstörung bestehend seit Jahren

Dr. F.____ führt aus, dass sich die paranoide Persönlichkeitsstörung hinter der von Dr. E.____ und Dr. C.____ diskutierten Diagnose einer Verbitterungsstörung versteckt habe. Ein therapeutischer Zugang habe nicht gefunden werden können und sei aufgrund der Art der Störung schwierig zu finden, weshalb er von einer ungünstigen Prognose ausgehe (Urk. 7/229/9). Weiter wurde im Bericht dargelegt, dass der Beschwerdeführer gegenüber einer medikamentösen Behandlung eine ablehnende Haltung einnehme und trotz Leidensdruck einer psychiatrischen Behandlung ambivalent bis ablehnend gegenüberstehe. So habe er die im Mai 2017 aufgenommene Behandlung

bereits im September 2017 abschliessen wollen und habe nur auf Initiative seiner Ehefrau daraufhin noch drei Mal einen Termin wahrgenommen (Urk. 7/229/8). Die Sitzungen hätten in 2- bis 4-wöchigen Abständen stattgefunden (Urk. 7/229/9).

Betreffend die Arbeitsfähigkeit führte Dr. F.____ aus, dass der Beschwerdeführer in einer Position als kaufmännischer Angestellter bis auf Weiteres zu 60-80 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/229/9) . 3. 7

RAD-Ärztin Dipl.-Med.

G.____, Fachärztin für Innere Medizin/Prävention und Gesundheitswesen, nahm am 18. April 2018 zum Bericht von Dr. F.____ Stellung (Urk. 7/231/3 f.) und folgerte, dass die durch Dr. F.____ gestellte Diagnose einer paranoiden Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar sei. So trete eine Persönlichkeitsstörung per Definition bereits in der Kindheit oder Jugend zutage und würde sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestieren. Sie werde nur diagnostiziert, wenn die Symptome nicht direkt auf eine Hirnschädigung oder eine andere psychische Störung zurückzuführen seien, das abnorme Verhaltensmuster andauernd, tiefgreifend und in persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend sei, deutliches subjektives Leiden bestehe und deutliche Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit bestünden. Dieser Definition widerspreche die berufliche Laufbahn des Beschwerdeführers, welche bis zu seinem Unfall und den nachfolgend aufgetretenen somatischen Erkrankungen ohne besondere Auffälligkeiten verlaufen sei. Weitere sei die Diagnose erst im Alter von 41 Jahren gestellt worden. Die Schlussfolgerungen von Dr. F.____ könnten daher aus versicherungsmedizinischer Sicht weder hinsichtlich der Diagnose noch hinsichtlich der Therapie nachvollzogen werden (Urk. 7/231/4). 3.

E. 1.5

). Es beruht auf einer fachärztlichen Untersuchung durch den Gutachter, der Beschwerdeführer konnte seine Beschwerden vortragen und der Gutachter setzte sich eingehend mit diesen auseinander (Urk. 7/192/27-39) . Das Gutachten wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten erstellt (Urk. 7/192/4-27) und es fand eine angemessene Auseinandersetzung mit diesen statt (Urk. 7/192/48-56 , Urk. 7/192/59) .

In diagnostischer Hinsicht wurde , mit Ausnahme von Dr. F.____ , von allen Fachärzten im Vordergrund ein depressives Störungsbild festgestellt. Dr. F.____ hingegen diagnostizierte eine paranoide Persönlichkeitsstörung, welche seit Jahren bestanden haben soll (Urk. 7/229/6). Diese Diagnose ist vorliegend jedoch nicht ausreichend begründet und demnach auch nicht nachvollziehbar. Dr. F.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer eine starke Empfindlichkeit mit Neigung zum ständigen Groll, eine starke Neigung, die Handlung anderer als feindlich oder verächtlich zu interpretieren und eine Tendenz zu einem überhöhten Selbstwertgefühl aufweise (Urk. 7/229/8). Die paranoide Persönlichkeitsstörung habe sich hinter der von Dr. E.____ und Dr. C.____ diskutierten Diagnose einer Verbitte rungsstörung versteckt (Urk. 7/229/9). Eine weitergehende Auseinandersetzung mit Herleitung der Diagnose der paranoiden Persönlichkeitsstörung findet im Bericht von Dr. F.____ nicht statt. RAD-Ärztin Dipl.-Med. G.____ , welche zwar, wie vom Beschwerdeführer richtig vorgetragen, nicht über eine psychiatrische Fachausbildung verfügt, führt e dennoch nachvollziehbar und medizinisch begründet aus, weshalb die von Dr. F.____ gestellte Diagnose nicht nachvollzogen werden könne . So legte sie überzeugend dar, dass eine Persönlichkeitsstörung nur unter bestimmten Voraussetzungen zu diagnostizieren sei , die beim Beschwerdeführer nicht vorlägen (Urk. 7/231/4). Insbesondere wäre eine Diagnosestellung im Alter von 41 Jahren sehr untypisch, da eine Persönlichkeitsstörung sich per Definition in der Kindheit oder Jugend manifestiere (Urk. 7/231/4). Da der Beschwerdeführer bereits zuvor im Jahr 2012 psychiatrisch begutachtet worden war, im Jahr 2016 in der D.____ ambulant psychiatrisch behandelt wurde und im Jahr 2017 erneut psychiatrisch begutachtet wurde, ist es denn auch sehr unwahrscheinlich, dass eine deutliche paranoide Persönlichkeitsstörung, wie von Dr. F.____ beschrieben (Urk. 7/229/9), nicht bereits zuvor zu einer entsprechenden Diagnose durch einen anderen Psychiater geführt hätte. Die Beurteilung von Dr. F.____ und seine abweichende Diagnosestellung vermögen folglich den Beweiswert des Gutachtens von Dr. C.____ nicht in Frage zu stellen und bieten auch keinen Anlass zu weiteren Abklärungen.

Es ist daher, wie durch Dr. C.____ , Dr. E.____ und der behandelnden Psychotherapeutin L.____ diagnostiziert, im Wesentlichen von einer depressiven Störung des Beschwerdeführers auszugehen. Hinzuweisen ist jedoch darauf, dass Dr. C.____ die Diagnose einer mittelgradigen bis hochgradigen depressiven Episode nur mit ausdrücklichem Verweis auf erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen stellte und eine Aggravation nicht ausschliessen konnte (Urk. 7/192/54). Entsprechende Hinweise finden sich denn auch in den übrigen Akten , beispielsweise im neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 25. September 2012 (Urk. 7/70/49) und in den vom psychiatrischen Gutachten deutlich abweichenden Angaben, die der Beschwerdeführer anlässlich der verkehrsmedizinischen Begutachtung zu seinem psychischen Zustand machte (Urk. 7/219 ; vgl. auch E. 6.3.4 zur Konsistenz).

Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer , trotz dem genannten Verweis auf Inkonsistenzen, aufgrund der diagnostizierten mittelgradigen bis schweren depressiven

Episode mit somatischen Syndrom eine Leistungsfähigkeit von nur 35 % bei einer Präsenzzeit von 100 % (Urk. 7/192/60). 6 . 2 .1

Zu prüfen bleibt, ob die im psychiatrischen Gutachten attestierte Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit einer rechtlichen Überprüfung gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung standhält. Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 6 . 2 .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). 6 . 2 .3

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob das beweiswertige Gutachten

von Dr. C.____ – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 6 . 3

6 . 3 . 1

Die erste Kategorie «funktioneller Schweregrad» umfasst die Komplexe «Gesundheitsschädigung», «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext». Dr. C.____ beurteilte die depressive Episode als mittel- bis schwer gradig . Seine Untersuchungsbefunde weisen leichte Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen aber keine Merkfähigkeitsstörung oder eine Beeinträchtigung des Langzeitgedächtnisses auf (Urk. 7/192/40). Es waren keine inhaltliche Denkstörungen, keine strukturellen Ich-Störungen und keine Wahrnehmungs- oder Sinnesstörungen zu finden. Die Affektivität zeigte sich gedrückt und zum negativen Pol verschoben, die Schwingungsfähigkeit und das Gesamtspektrum der Emotionen zeigte sich reduziert. Sowohl Dr. E.____ zuvor, wie auch Dr. F.____ danach stellten lediglich eine mittel gradige Episode fest; die ab 17. April 2018 behandelnde Psychotherapeutin ging gar nur noch von einer leichten bis zeitweise mittelgradigen depressiven Episode aus, wobei sie die Verbesserung auf den Umstand, dass der Beschwerdeführer mit der neu gegründeten Firma eine berufliche Perspektive habe, zurückführte (Urk. 7/242/3), mithin einen grundsätzlich auszuschliessenden psychosozialen Faktor (BGE 127 V 294 E. 5a) als massgeblich für die Verbesserung erachtete.

Zum Zeitpunkt der Begutachtung befand sich der Beschwerdeführer in einer nicht frequenten ambulanten Behandlung in der D.____ bei Dr. E.____ . Dr. C.____ hielt deutlich fest, dass die zur Option stehenden Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft würden (Urk. 7/192/57) und die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführte Behandlung der vorgetragenen Schwere der Beeinträchtigung nicht angemessen sei (Urk. 7/192/59). Damit ist vorliegend nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen, insbesondere auch , da eine medikamentöse Behandlung nicht langfristig verfolgt wurde.

Hinsichtlich der Komorbiditäten gilt es zu berücksichtigen, dass Dr. C.____ weder der diagnostizierten undifferenzierten Somatisierungsstörung noch der anamnestisch erhobenen Panikstörung eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass (Urk. 7/192/46).

Im Lichte dessen sowie angesichts der von Dr. C.____ erhobenen Befunde, welche insgesamt auf keine schwere depressive Störung hinweisen, und der fehlenden Behandlungsresistenz ist nicht auf eine besonders schwere Ausprägung der diagnostisch relevanten Befunde zu schliessen. 6 . 3 . 2

In Bezug auf den Komplex «Persönlichkeit» hielt Dr. C.____ fest, dass sich klinisch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung respektive – störung finden liessen (Urk. 7/192/41). Der Diagnose von Dr. F.____ kommt nach dem oben Gesagten (E. 6.2) keine Bedeutung zu. Es ist damit keine negative Beeinflussung des Gesundheitszustandes oder des Leistungsvermögens durch die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers erstellt .

6 . 3 . 3

Betreffend den sozialen Kontext des Beschwerdeführers ist auszuführen, dass dieser seit 2009 verheiratet ist und im Jahr 2012 die gemeinsame Tochter geboren wurde. Im Gutachten wurde festgehalten, dass in der Familie keine Schwierigkeiten bestehen (Urk. 7/192/47 , Urk. 7/192/36) und dass sich der Beschwerdeführer insgesamt nicht wesentlich

zurückgezogen habe, so würden Kontakte zum Chef, den Mitarbeitern, der Ehefrau und dem Kind bestehen (Urk. 7/192/34). Gemäss Bericht der behandelnden Psychologin Frau L.____ besucht das Ehepaar gelegentliche Sitzungen nach Bedarf zur Besprechung der Paarsituation (Urk. 7/242/2). Auch wenn der Beschwerdeführer und seine Ehefrau gelegentlich eine Paartherapie besuchen, scheint die Familiensituation grundsätzlich intakt zu sein und der Beschwerdeführer kann auf entsprechende Ressourcen zurückgreifen. So konnte er auch im Jahr 2018 zusammen mit einem Freund eine Firma aufbauen, bei der er aktuell arbeitstätig ist (Urk. 1 S. 6, Urk. 7/242/4) , was eben falls gegen einen sozialen Rückzug spricht . 6 . 3 .4

Für die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit ist beweisrechtlich der Aspekt der Konsistenz entscheidend. Inkonsistentes Verhalten stellt ein Indiz dafür dar, dass die geltend gemachten Einschränkungen anders begründet sind, als durch eine versicherte Gesundheitsschädigung (Urteil des Bundesgerichts 9C_393/2017 vom 20. September 2017 E. 5.4.3; BGE 141 V 281 E. 4.4) . Zur Kategorie Konsistenz ist festzuhalten, dass Dr. C.____ betont, dass die Angaben des Beschwerdeführers zum Alltagsaktivitätsniveau zwar auf ein massgeblich reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hindeuten würden , jedoch trotz wiederholtem Nachfragen sehr spärlich und vage geblieben seien (Urk. 7/192/52). So habe der Beschwerdeführer zum Beispiel zunächst angegeben, dass seine Ehefrau meistens mit dem Hund spazieren gehe, um dann dennoch von einem täglichen Spaziergang von 15 bis 20 Minuten mit seinem Hund zu erzählen (Urk. 7/192/38). Auch fällt auf, dass es dem Beschwerdeführer

möglich war, drei Umschulungen/Weiterbildungen zu besuchen, was ein entsprechendes Aktivitätsniveau vorausgesetzt haben muss. Zudem fährt er gemäss seinen Angaben in der verkehrspsychologischen Begutachtung regelmässig mit dem Auto nach Italien (Urk. 7/219/7). Auch erklärte er gegenüber Lic. phil. K.____, anders als gegenüber Dr. C.____ (Urk. 7/192/31 ff.), keine Beeinträchtigungen bezüglich Konzentration, Belastbarkeit, Stimmung oder Antrieb zu verspüren. Der Schlaf sei gut, wenn er nicht von der Invalidenversicherung geplagt werde (Urk. 7/219/7). Auch war es ihm offensichtlich möglich ab 1. Januar 2018 eine Arbeit in der am 11. Dezember 2017 gegründeten M.____ mit Sitz in N.____ aufzunehmen, bei welcher er zudem seit 12. April 2018 als Mitglied des Verwaltungsrates mit Einzelunterschrift amtiert (Urk. 1 S. 6, Internet- Handelsregisterauszug des Kantons Zug,

abgerufen am 8. Juni 2020). Angesichts dieser Inkonsistenzen und der regelmässigen ausserhäuslichen Aktivitäten kann nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen gesprochen werden. Ebenso wenig ist ein erheblicher Leidensdruck ausgewiesen. Dr. C.____ wies auf die auffallend niedrige Behandlungsfrequenz, die Nichtinanspruchnahme einer stationären Therapie und die mangelnde Compliance zur Einnahme von Medikamenten hin (Urk. 7/192/54 f.). So erkannte er denn auch nachvollziehbar, dass die Präsentation eines erheblichen Leidensdrucks und darüber hinaus einer erheblichen Behinderung bei gleichzeitig fehlender adäquater Behandlung nicht im Einklang mit den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen einer depressiven Erkrankung stünden, klinisch untypisch und damit nicht plausibel seien (Urk. 7/192/56). Eine längerfristige Intensivierung der Therapie oder die Aufnahme einer medikamentösen Therapie erfolgte auch im Nachgang der Begutachtung gemäss Aktenlage nicht. 6 . 3 .5

Zusammenfassend ergibt sich aus der detaillierten Prüfung der Standardindikatoren und deren Gesamtwürdigung, dass der Beschwerdeführer bei Ausschöpfung der vorhandenen Ressourcen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in der Lage wäre, einer Tätigkeit ohne Einschränkungen nachzugehen. Dafür sprechen insbesondere der nicht erstellbare Leidensdruck samt niedriger Behandlungsfrequenz, das intakte soziale Umfeld und nicht zuletzt die Aufnahme einer Tätigkeit zu einem Pensum von angeblich 60 %. Entsprechend führt die rechtliche Überprüfung der medizinisch beurteilten Arbeitsfähigkeit zum Schluss, dass eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychischen Gründen nicht erstellt ist. Die Folgen der Beweislosigkeit hat der Beschwerdeführer zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6).

Von weiteren medizinischen Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer beantragt (Urk. 1 S. 2), sind keine weiteren entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung davon abzusehen ist (BGE 122 V 157 E. 1d). 7. 7. 1

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit, zu 100 % und in seiner angestammten Tätigkeit als Pannenhelfer zu mindestens 80 % arbeitsfähig ist. 7. 2

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1). Damit kann auf einen ordentlichen Einkommensvergleich verzichtet werden und es kann für das Validen- und das Invalideneinkommen in der angestammten Tätigkeit derselbe Lohn herangezogen werden, womit der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von maximal 20 % entspricht.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

In somatischer Hinsicht wurde dem Beschwerdeführer im polydisziplinären Gutachten vom 29. November 2012 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in seinem angestammten Beruf als Pannenhelfer aufgrund einer eingeschränkten Herzleistung attestiert unter dem Vorbehalt der Feststellung der Fahrtauglichkeit. In einer angepassten Tätigkeit mit leichten und mittelschweren Arbeiten wurde keine Einschränkung festgestellt (Urk. 7/70/42). Spätere Arztberichte, aus denen sich eine weitergehende Einschränkung aus somatischer Sicht ergeben würde, liegen nicht vor und eine solche wurde vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Bei der psychiatrischen Begutachtung im Jahr 2017 gab der Beschwerdeführer gar an, dass er sich im Hinblick auf Allgemeinbefinden und Gesundheit besser fühle als noch bei der Begutachtung im Jahr 2012 (Urk. 7/192/34). Aus somatischer Sicht rechtfertigt sich daher, wenn überhaupt, höchstens der Schluss

auf eine

leichte Einschränkung der Herzleistung, die die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pannenhelfer allenfalls weiterhin um 20 % reduziert und keine Auswirkungen auf eine adaptierte, leichte bis mittelschwere Tätigkeit hat. 6.2

Die Beschwerdegegnerin stützt sich in psychiatrischer Hinsicht auf das Fachgutachten von Dr. C.____ vom 1. Februar 2017. Das psychiatrische Gutachten erfüllt sämtliche rechtssprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E.

E. 8

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) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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