

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00338 vom 27. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00338

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00338 du 27 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00338 del 27 agosto 2020

Erwägungen

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, 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 kom menden 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten 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).

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 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. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

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 anzugeben, 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.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 13.

Mai 2019 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung ab dem 1. Dezember 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). Die Beschwerdeführerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 12. Juni 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-275), was dem Beschwerdeführer am 13. Juni 2019 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Die Beschwerdeführerin erwog im angefochtenen Entscheid (Urk. 2), dem Beschwerdeführer seien diverse berufliche Eingliederungsmassnahmen (Aufbautraining, Potenzialabklärung, Arbeitstraining, Arbeitsversuch) gewährt worden. Per 1. Januar 2017 sei (im Archiv der Klinik J.____) eine Festanstellung bei einem 60%-Pensum erfolgt. Während weiteren Abklärungen habe ein Arbeitsversuch im Logistikbereich des Spitals K.____

per April 2018 - befristet bis Ende August 2020 - stattfinden können. Aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei es zu einer arbeitgeberseitigen Aufhebung des Arbeitsverhältnisses gekommen. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei auf Dezember 2017 formal attestiert worden. Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei dem Beschwerdeführer weder die angestammte noch eine angepasste Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zumutbar. Bei einem Invaliditätsgrad von 100 % resultiere ab dem 1. Dezember 2018 eine ganze Invalidenrente.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer beantragt dagegen, dass ihm die ganze Invalidenrente bereits ab dem 1. Dezember 2013 zuzusprechen sei. So sei er seit dem 10. Dezember 2012 mindestens zu 50 % arbeitsunfähig. Da er im Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres im Dezember 2013 weder in einer Eingliederungsmassnahme gestanden habe noch eingliederungsfähig gewesen sei, sei ab 1. Dezember 2013 ein Rentenanspruch entstanden. Während den nachfolgenden Zeiträumen des Taggeldbezugs seien die Rentenzahlungen mit den bereits ausbezahlten Taggeldern zu verrechnen. Massgeblich für die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit sei nicht die Tatsache, dass er an Epilepsie leide. Die Arbeitsfähigkeit ein schränkende Problematik sei im Wesentlichen die organisch bedingte psychopathologische und neuropsychologische Beeinträchtigung, welche sich schon früh im Krankheitsverlauf manifestiert habe (Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Bericht der E.____

vom 5. März 2013 (Urk. 7/41)

zuhanden der Beschwerdeführerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) im Rahmen psychosozialer Belastung

-

Epilepsie unklarer Ätiologie mit einfach-fokalen (Auren) und komplex-fokalen und seltenen sekundär generalisierten tonisch-klinischen Anfällen (Erstdiagnose: 1996)

-
anamnestisch anfallsfreie Phase bis circa 2010

Der Beschwerdeführer habe sich vom 11. bis 17. Dezember 2012 respektive vom 7. Januar bis 27. Februar 2013 dort in stationärer Behandlung befunden. Der Beschwerdeführer habe nach neunjähriger Schulbildung erfolgreich eine KV-Lehre mit Berufsmatur absolviert. Im Anschluss sei er während eines Jahres in der Rekruten- und Unteroffiziersschule gewesen. Von 2004 bis 2009 habe er zu 100 % als Agent Cargo Export am Flughafen M.____ gearbeitet und dann zur A.____ gewechselt, wo er bis Oktober 2010 tätig gewesen sei. Diese Arbeitsstelle habe wegen der Fahruntauglichkeit im Zusammenhang mit den wieder aufgetretenen epileptischen Anfällen aufgeben müssen. Seither habe er nur drei mehrmonatige Anstellungen gehabt, wobei diese jeweils seitens der Arbeitgeber gekündigt worden seien; mündlich zwar wegen epileptischen Anfällen, im Austrittszugnis sei jedoch «im gegenseitigen Einverständnis» verkündet worden. Zwischen den kurzzeitigen Anstellungen sei der Beschwerdeführer jeweils beim RAV angemeldet gewesen. 1996 sei die Erstdiagnose des Epilepsieleidens erfolgt. Während einer längeren Phase (circa 2003 bis 2009) sei er anfallsfrei gewesen. Im Herbst 2010 sei es zu einem Wiederauftreten von Absenzen gekommen. Die aktuellen depressiven Symptome seien im Herbst 2012 im Zusammenhang mit mehrfachen, kurz aufeinanderfolgenden Stellenverlusten aufgetreten. Als geistig-psychische Einschränkungen seien eine depressive Niedergestimmtheit mit Suizidalität, innerer Unruhe und Schlafstörungen zu nennen. Die bisherige Tätigkeit im KV-Bereich sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar, wenn auch aktuell noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 11. Dezember 2012 bestehe. Nach Abschluss der stationären und tagesklinischen Behandlung der aktuellen depressiven Symptomatik sei mit einer Wiederherstellung der 100%igen Arbeitsfähigkeit im ursprünglich erlernten Berufsfeld (KV) zu rechnen, wobei die Einsatzmöglichkeit und Leistungsfähigkeit durch die Epilepsie-Diagnose in Bezug auf Konzentration und kontinuierlicher Aufmerksamkeit deutlich eingeschränkt sei.

E. 3.2

Das Institut N.____ nannte in seinem Bericht vom 6. Juni 2013 (Urk. 7/48 S. 3-4) zuhanden der Generali folgende Diagnosen:

-

Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) bei Belastungssituation durch somatische Erkrankung (ICD-10: Z73.3)

-

Akzentuierte Persönlichkeit mit emotional instabilen Tendenzen (ICD-10: Z73.1)

-

Epilepsie (Erstdiagnose: 1996)

Die aktuelle psychische Dekompensation sei auf die psychosoziale Belastungssituation zurückzuführen. Aktuell werde eine integrierte ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive medikamentöser Therapie durchgeführt sowie parallel dazu eine tagesklinische Behandlung und Case Management in der E.____.

Der Beschwerdeführer sei im angestammten Beruf aktuell zu 100 % krankgeschrieben. Das Belastungsprofil in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei mittels IV-Arbeitstraining respektive Arbeitseinsatz abzuklären (geschützter Arbeitsplatz). Der Zeitpunkt einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei abhängig vom Genesungsprozess und aktuell noch nicht definitiv beurteilbar. Unter Voraussetzung einer weiteren kontinuierlichen Zunahme der psychischen Stabilität sei davon auszugehen, dass die ersten Schritte zur beruflichen Integration in einem geschützten Rahmen bald erfolgen können. Es spiel ten keine krankheitsfr emden Faktoren eine ungünstige R olle in Behandlung und Heilverlauf.

E. 3.3

Im Austrittsbericht der E.____ vom 21. August 2013 wurde festgehalten, dass im Anschluss an den Austritt am 11. Juli 2013 ab dem 22. Juli 2013 der Start eines Arbeitsintegrationsprogramm geplant sei. Bis zum 31. Juli 2013 sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Urk. 7/93).

E. 3.4

Im Bericht der F.____ vom 31.

August 2015 (Urk. 7/95 S. 6-14) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits fähigkeit gestellt:

-

Epilepsie unklarer Ätiologie (nach MRI-Kriterien nicht- läsionelle Epilepsie)

mit kom p lex- f okalen und seltenen generalisiert tonisch-klonischen

An fällen

-

Anpassungsstörung be z üglich Epilepsie-Erkrankung im Kontext einer

chronisch depressiv-dysphorischen Entwicklung (teils psychoreaktiv,

mehrheitlich organisch bedingt im Sinne einer interiktal

dysph o ric

disorder (IDD))

-

Neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigung bei komplexen

Anforderungen an die soziale Kognition und das E ntscheidungsverhalten

(Erstdiagnose. 11.

März 2015) bei dis kreter Beeinträchtigung attenti onal -

exekutiver Funktionen sowie bei visuell-räumlich konstruktiven

Anforderungen , bei einem anso nsten unauffälligen kognitiven

L eistungsprofil und einem kognitiven Leistungsniveau im unteren

Durchschnittsberei ch (Erstdiagnose. 8.

Juni 2011)

Der Beschwerdeführer werde seit dem 26.

Mai 2011

in der F.____ ambulant behandelt ; vom 26. Juni bis 9. Juli 2015 sei er dort stationär hospitalisiert gewesen, weshalb für diesen Zeitraum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere. Die aktive Epilepsie mit teilweise vom Beschwerdeführer nicht selbst bemerkten komplex-fokalen Anfällen, welche monatlich mehrfach auftraten, stelle die Arbeitsfähigkeit im kaufmännischen respektive Büro-Bereich nicht grundsätzlich in Frage. Ein Einsatz im Front-Office-Bereich oder mit häufiger telefonischer Kommunikation sollte aber vermieden werden. Bedeutsamer als die epileptischen Anfälle selbst seien aber hierbei die neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen bei komplexeren Anforderungen an die soziale Kognition und das Entscheidungsverhalten bei diskreten Beeinträchtigungen attentional-exekutiver Funktionen sowie bei visuell-räumlich konstruktiven Anforderungen, bei einem ansonsten unauffälligen kognitiven Leistungsprofil und einem kognitiven Leistungsniveau im unteren Durchschnittsbereich. Diese stellten zusammen mit der psychiatrischerseits zu diagnostizierenden Anpassungsstörung bezüglich Epilepsie-Erkrankung im Kontext einer chronisch depressiv-dysphorischen Entwicklung (teils psychoreaktiv, mehrheitlich organisch bedingt im Sinne einer interiktal dysphoric

disorder, IDD) eine

bedeutsame Einschränkung der Einsatzfähigkeit des Beschwerdeführers im angestammten Bereich dar und erklärten das bisherige Scheitern im beruflichen Bereich. Die Kombination von im Einzelnen eher subtil imponierenden Befunden führe zu einer organisch bedingten Persönlichkeitsakzentuierung, die im Umgang mit dem Beschwerdeführer stets spürbar gewesen sei und die auch soziale

Interaktionen in einem beruflichen Kontext erheblich beeinträchtigen dürfte. Nur bei gut strukturierter Arbeit mit möglichst wenig sozialen Interaktionen könne eine nennenswerte Arbeitsleistung erbracht werden. Dabei sei der zeitliche Rahmen nicht das entscheidende, da unter Einhaltung der formulierten Bedingungen auch eine vollzeitliche Tätigkeit möglich sein sollte. Die Leistungsfähigkeit sei vermindert, da durch die Anfälle mit den anschließenden Erholungszeiten mit «Ausfällen» zu rechnen sei und da die Produktivität durch die neuropsychologischen Funktionsstörungen eingeschränkt sein dürfte. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ab sofort möglich, wobei mit einem reduzierten Pensum von circa 50

% begonnen werden könnte. Die Prognose sei bei pharmakoresistenter Epilepsie mit weit fortgeschrittenem pharmakologischen Behandlungsstand und fehlender Möglichkeit epilepsiechirurgischer Optionen ohne Nachweis einer fokalen epileptogenen Läsion im cMRI vom 27. März 2015 als ungünstig einzuschätzen, das heisse die Wahrscheinlichkeit, dass der Beschwerdeführer in den nächsten Jahren anfallsfrei werde, sei sehr gering. Mit weiteren Umstellungen der Pharmakotherapie allenfalls mit Stimulationsverfahren seien allenfalls Verbesserungen der Anfallsituation und des Allgemeinbefindens möglich, die nicht von sozialmedizinischer Relevanz seien. Prognostisch sei bei den sozialmedizinisch relevanten neuropsychologischen und psychiatrischen Symptomen / Diagnosen in den nächsten Jahren weder mit relevanten Verbesserungen noch mit Verschlechterungen zu rechnen.

E. 3.5

Am 27. Februar 2017 nahm die Klinik

F. ___ zuhause der Beschwerdegegnerin Stellung zum Verlauf (Urk. 7/170) und führte aus, dass aus epileptologischer Sicht seit dem letzten ausführlichen Bericht vom 31. August 2015 (vgl. E. 3.3) keine für die Arbeitsfähigkeit relevante Veränderungen des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Erkrankung Epilepsie eingetreten seien. Seither sei nach Anpassung der antikonvulsiven Medikation keine Anfallsfreiheit erzielt worden, sodass die im vorherigen Bericht festgehaltenen qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit weiterhin fortbeständen. Wie schon festgehalten, sei für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht der psychopathologische und neuropsychologische Befund des Beschwerdeführers zu berücksichtigen. Auch diesbezüglich hätten sich aus den epileptologischen Konsultationen keine erkennbaren neuen Gesichtspunkte ergeben. Es sei beim derzeit behandelnden Psychiater ein separater Bericht einzufordern. Bei der letzten Konsultation am 28. Dezember 2016 habe der Beschwerdeführer berichtet, er sei derzeit mit einem 60%-Pensum in einer Klinik im Bereich Logistik (Bürotätigkeit) tätig, wobei ihm selbst diese Aufgabe im Hinblick auf Belastung und Zeitpensum angemessen erscheine.

E. 3.6

Im Bericht der Klinik

F. ___ vom 18. September 2017 (Urk. 7/194) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt.

-

Epilepsie unklarer Ätiologie (nach MRI-Kriterien bisher nicht-läsionell) mit komplex-fokalen und seltenen generalisierten tonisch-klonischen Anfällen

-

Anpassungsstörung bezüglich Epilepsieerkrankung im Kontext einer chronischen depressiv-dysphorischen Entwicklung (teils psychoreaktiv, mehrheitlich organisch bedingt im Sinne einer IDD)

Der Beschwerdeführer habe sich schon mehrfach stationär in der F. ___ aufgehalten, zuletzt vom 17. bis 30. Mai 2017. Sie würden die epilepsiechirurgische Diagnostik im Rahmen einer invasiven prächirurgischen Diagnostik mit Implantation von intrakraniellen Tiefenelektroden beidseits mesio-temporal sowie je eine in der vorderen und hinteren Inselregion rechts weiterführen. Aktuell sei der Beschwerdeführer an einer über die IV respektive O. ___ vermittelten und finanziell unterstützten Arbeitsstelle bei der Klinik J. ___ tätig (medizinisches Archiv/Logistik); seit Dezember 2015 bei einem 80%-Pensum und seit Januar 2017 bei einem 60%-Pensum. Einschränkungen ergäben sich vor allem im Rahmen der Epilepsie bezüglich qualitativer Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. So sei das Führen von Fahrzeugen, das Arbeiten in Höhe, auf Leitern oder Gefahrenbereichen nicht gestattet ebenso wie das alleinige Beaufsichtigen von Schutzbehelfen. Zusätzlich könnten sich kurzfristige Einschränkungen auf der Arbeitsstelle durch einen unmittelbar erlebten Anfall und der sich anschließenden postiktalen Phase mit verlängerter

Reorientierungszeit , Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen ergeben. Neuropsychologische Einschränkungen bestanden jedoch nicht. Die bisherige Tätigkeit - wie im aktuellen angepassten Rahmen - sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar. Wann mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne, könne noch nicht beantwortet werden.

Dem beiliegenden definitiven Austrittsbericht vom 1. Juni 2017 im Nachgang zur stationären Hospitalisation vom 17. bis 30. Mai 2017 (Urk. 7/194 S. 11-14) ist der psychiatrischen Anamnese zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit März 2017 wieder in der F.____ selbst psychiatrisch behandelt werde, nachdem es mit dem vorbehandelnden Psychiater med. pract . P.____

(Klinik

Q.____) zu einem Dissens zur Frage der Arbeitsfähigkeit gekommen sei, da der Beschwerdeführer diese als gegeben erachtet habe, der Therapeut hingegen eine Berentung präferiert habe.

E. 3.7

Der Psychiater med. pract .

P.____ von der Klinik

Q.____ stellte in seinem Bericht vom 17. Oktober 2017 (Urk. 7/200) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit :

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2), teils organisch bedingt (im Sinne einer IDD, ICD-10 : F07.8)

-

Hoh er Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und anankastischen Zügen (ICD-10: F61.0)

-

Neuropsychologische Funktionsbeeinträchtigungen bei komplexeren Anforderungen an die soziale Kognition und das Entscheidverhalten (Erstdiagnose März 2015) bei diskreter Beeinträchtigung attentional - exekutiver Funktionen sowie bei visuell-räumlich konstruktiven Anforderungen, bei einem ansonsten unauffälligen kognitiven Leistungsprofil und einem kognitiven Leistungsniveau im unteren Durchschnittsbereich (ICD-10: F07.8)

-

Therapieresistente Epilepsie unklarer Ätiologie (nach MRI-Kriterien nicht - läsionelle Epilepsie) mit einfachen fokalen (Auren) und komplex-fokalen und selteneren sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen

(ICD-10: G40.2)

Der Beschwerdeführer sei von November 2013 bis Mai 2017 bei ihm in Behandlung gewesen. Bei allen Therapeuten hätten jeweils aktuelle Konflikt- und Krisensituationen im Umgang mit Arbeitgebern, Institutionen und Behörden im Vordergrund gestanden. Eigentliche psychotherapeutische Interventionen zur Behandlung der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung seien nur begrenzt möglich gewesen. Für die angestammte Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter bestehe bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei diese Tätigkeit aus medizinischer Sicht auch nicht mehr zumutbar sei.

Beim Beschwerdeführer beständen leichte Auffassungsstörungen, Zwanghaftigkeit mit entsprechender Verlangsamung, erhebliche Probleme in der Interaktion bei narzisstischer Problematik. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei im Umfang von circa 80 % mindestens seit Beginn der aktuellen Behandlung möglich. Der Beschwerdeführer könne einfache Büroarbeiten mit klaren Abläufen erledigen. Komplexe Aufgaben in seinem angestammten KV-Beruf könne er aufgrund der neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen und aufgrund seiner Persönlichkeitsproblematik nicht bewältigen. An seinem Arbeitsplatz benötige er klare Regeln und klare Vorgesetztenverhältnisse. Auch die Verhältnisse zu den Mitarbeitern auf derselben Stufe müssten klar geregelt sein. Diese Voraussetzungen seien an seinem jetzigen Arbeitsplatz, wo er inzwischen eine Festanstellung erhalten habe, mit einem Arbeitspensum von 60 % erfüllt. Im Vordergrund stehe beim Beschwerdeführer eine narzisstisch-zwanghafte Persönlichkeitsproblematik, die aufgrund seiner rigiden, unflexiblen Vorstellung häufig zu Schwierigkeiten in der Lebensgestaltung und dann wegen seines geringen Selbstwertgefühls jeweils zu depressiven Einbrüchen, teilweise auch mit Suizidalität, führe.

Psychopharmakotherapie könne diese Problematik mit stimmungsstabilisierenden Medikamenten angegangen werden, wobei der Beschwerdeführer bereits seit Jahren aufgrund seiner komorbiden Epilepsie entsprechende Therapeutika einnehme. Eher zielführend in der Behandlung der Persönlichkeitsstörung wären jedoch vor allem psychotherapeutische Massnahmen. Leider sei eine solche aufgrund der begrenzten kognitiven Fähigkeiten, der mangelnden Introspektionsfähigkeit und aufgrund des ausgeprägten externalen Attributionsstils bisher kaum möglich gewesen. Damit sei bezüglich Therapierbarkeit der Persönlichkeitsstörung von einer schlechten Prognose auszugehen. Die Persönlichkeitsstörung bilde aus psychiatrischer Sicht die Haupteinschränkung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer werde somit auch langfristig nur an geschützten Arbeitsstellen einsetzbar sein oder an solchen wie der aktuellen Stelle in der Klinik

J.____, wo seine psychische Behinderung in besonderer Weise (einfache und klare Aufgaben, kein Kundenkontakt, keine eigentliche Teamarbeit, klare Vorgesetztenverhältnisse, Verständnis für die psychische Erkrankung und die verminderte Leistungsfähigkeit) berücksichtigt werde. Die Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen nicht verringern. Es seien bereits mehrere Eingliederungsversuche durchgeführt worden und eine weitere Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mit sofortiger Eingliederung sei nicht mehr zu erwarten. Aufgrund der auffälligen Persönlichkeitsstruktur und der dokumentierten neuropsychologischen Einschränkungen, die zu einer deutlichen Verminderung der Anpassungsfähigkeit, zu

Leistungseinschränkungen und einer verminderten Belastbarkeit führten, werde der Beschwerdeführer wahrscheinlich zeitlebens nicht mehr in der Lage sein, ohne Unterstützung in einer Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bestehen. Auch die aktuelle temporäre Anstellung in der Klinik J. ___ sei nur durch Vermittlung durch die O. ___ zustande gekommen. Es handle sich hier um einen informierten und wohlwollenden Arbeitgeber, der für eine begrenzte Zeit (bis Ende 2016) bereit sei, einen Beitrag zur Wiedereingliederung eines psychisch Kranken mit Epilepsie zu leisten, ähnlich einem geschützten Arbeitsplatz. Selbst wenn der Beschwerdeführer die aktuelle Arbeitsstelle behalten könnte, bestehe die Gefahr, dass er die Stelle in absehbarer Zeit wieder kündigen und damit wieder vor der Schwierigkeit stehen würde, eine passende Stelle zu finden, wozu er aufgrund seiner Einschränkungen aber gar nicht in der Lage wäre. Auch das seit 2011 bestehende Engagement der IV mit entsprechenden beruflichen Massnahmen habe bis heute keinen nachhaltigen und stabilen Zustand im Beruf herzustellen vermocht. Insofern seien die beruflichen Massnahmen nicht respektive nur teilweise erfolgreich gewesen. Der Beschwerdeführer sei zwar in der Lage, mit einem Pensum von 80-100 % in einer geschützten Arbeitsstelle zu arbeiten, nicht aber unter den dynamischen und Flexibilität erfordernden Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes.

E. 3.8

Dem definitiven Austrittsbericht der Klinik

F. ___ vom 30. Oktober 2017 (Urk. 7/202), wo der Beschwerdeführer vom 25. bis 30. Oktober 2017 nach der am 24. Oktober 2017 durchgeführten invasiven prächirurgischen Diagnostik mittels Anbringung von intrakraniellen Tiefenelektroden hospitalisiert war, ist folgende Hauptdiagnose zu entnehmen:

-

Epilepsie unklarer Ätiologie (nach MRI-Kriterien nicht-läsionell) mit komplex-fokalen und seltenen sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen

-

Status nach Implantation von Tiefenelektroden (Amygdala, anteriorer Hippocampus, entorhinaler Kortex beidseits sowie anteriore Insel rechts und posteriorer Hippocampus rechts) am 24. Oktober 2017, Neurochirurgie des Universitätsspitals (R. ___)

Als Nebendiagnose ist eine Anpassungsstörung bezüglich Epilepsieerkrankung im Kontext einer chronischen depressiv-dysphorischen Entwicklung (teils psychoreaktiv, mehrheitlich organisch bedingt im Sinne einer IDD) erwähnt. Gestützt auf das aktuelle invasive Video-EEG Intensivmonitoring könne aufgrund des Nachweises von 2 Anfallsursprungszonen - eine in der rechten Insel und eine im linken Hippocampus - mit ebenfalls 2 unterschiedlichen Semiologien leider keine Indikation für einen kurativen Eingriff gestellt werden. Der Beschwerdeführer sei vom 23. Oktober bis 5. November 2017 arbeitsunfähig.

E. 3.9

Im Verlaufsbericht der F.____ vom 29. Dezember 2017 (Urk. 7/208) zuhanden der Beschwerdeführerin wurden folgende zusätzliche Diagnosen aufgeführt:

-

Chronisch depressiv-dysphorische Entwicklung (vor allem organisch bedingt im Sinne einer IDD, teils auch psychoreaktiv), mit rezidivierenden suizidalen Phasen (ICD-10: F06.32 / F34.8)

-

Organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensproblematik (ICD-10: F07.8)

Der Beschwerdeführer arbeite seit Januar 2017 als Mitarbeiter im Archiv der Klinik J.____ und sei dort ungekündigt. Epileptologisch - und neurologischerseits - zeige sich aufgrund der rezidivierenden komplex-fokalen oder generalisierten tonisch-klonischen Anfällen eine Einschränkung der qualitativen Arbeitsfähigkeit. Hier sei insbesondere das Führen von Fahrzeugen, das Arbeiten in Gefahrenbereichen, auf Leitern, in Höhe oder mit Schutzbefohlenen nicht gestattet. Quantitativ ergebe sich wahrscheinlich auch eine Einschränkung aufgrund rezidivierender Anfälle mit nachfolgender postiktaler Phase. In dieser Zeit könnten neben einer Verwirrtheit auch eine länger anhaltende Konzentrations- und Auffassungsstörung sowie eine Müdigkeit resultieren, die sich auf die quantitative Arbeitsfähigkeit auswirken könnten. Aus psychologisch-psychiatrischer Sicht könne in der Zusammenschau der bisherigen Tätigkeiten Folgendes festgehalten werden: nebst den zuvor genannten anfallsassoziierten Faktoren sei im Wesentlichen die organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensproblematik des Beschwerdeführers als limitierender Faktor bei der Arbeitsfähigkeit zu betrachten. Arbeitsrelevant sei hierbei eine stark verminderte Flexibilität, eine reduzierte Konflikt- und Spannungstoleranz, eine verminderte Selbstkritik sowie eine deutliche Neigung zu interpersonellen Konflikten. Bei optimalen Bedingungen (das heiße wohlwollende Vorgesetzte, klare Aufgabenbereiche, ein wenig kompetitives kollegiales Umfeld) sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten beruflichen Tätigkeit im kaufmännischen Bereich sicherlich zu 60 %, gegebenenfalls auch zu 80 % oder mehr arbeitsfähig sein könne (mit einer dem ersten Arbeitsmarkt entsprechenden Produktivität). Der Arbeitsversuch 2016 in der Klinik J.____ (mit einem 80%-Pensum) und die daraus hervorgegangene Festanstellung ab Januar 2017 mit einem 60%-Pensum bestätigten diesen Eindruck. Es sei allerdings davon auszugehen, dass die jetzige Anstellung sicherlich partiell Aspekte eines geschützten Arbeitsplatzes aufweise, was nicht repräsentativ für den ersten Arbeitsmarkt sei. Bei einem durchschnittlich zu erwartenden Arbeitsplatz-Umfeld sei aufgrund der dargelegten organisch-bedingten Persönlichkeits- und Verhaltensproblematik mit einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Nach Durchführung einer invasiven prächirurgischen Epilepsiediagnostik mit initialer neurochirurgischer Implantation von intrakraniellen Tiefenelektroden beidseits in den Schläfenlappen hätten jeweils 2 unabhängige Anfallszonen beim Beschwerdeführer gesichert werden können. Aufgrund dessen habe sich keine Indikation für einen kurativen epilepsiechirurgischen Eingriff ergeben. Im Vordergrund der weiteren neurologischen Behandlung stehe so mit die weitere medikamentöse Optimierung und Anpassung der Medikation, wo bei sich hierbei jedoch lediglich eine circa 5-10 %ige Chance auf vollständige Anfallsfreiheit des Beschwerdeführers biete. Des Weiteren könnten im Verlauf

sogenannte palliative epilepsiechirurgische Behandlungsoptionen (wie der Vagus-Nerv-Stimulator oder die Tiefenhirnstimulation) eruiert werden, wobei hierbei lediglich 50 % der behandelten Patienten ansprechen und eine vollständige Anfallsfreiheit nicht erreicht werden könne. Die beschriebene, überwiegend organisch-bedingte Psychopathologie erscheine aus psychologisch-psychiatrischer Sicht - unter Berücksichtigung der bisherigen therapeutischen Massnahmen - nur in sehr geringem Ausmass modifizierbar, eine weitere supportive Behandlung sei aber in jedem Fall indiziert.

E. 3.10

Im definitiven Austrittsbericht der Klinik

F. ___ vom 25. Oktober 2018 (Urk. 7/234) ist als Hauptdiagnose eine Epilepsie unklarer Ätiologie (nach MRI-Kriterien bisher nicht-läsionell) mit komplex-fokalen und seltenen sekundär generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (ICD-10: G40.2) mit einem Status nach Implantation von Tiefenelektroden (Amygdala, anteriorer Hippocampus, entorhinaler Kortex beidseits sowie anteriore Insel rechts und posteriorer

Hippocampus rechts) am 24. Oktober 2017, Explantation am 30. Oktober 2017

aufgeführt. Zudem wurden folgenden Nebendiagnosen aufgelistet:

-

Aktuell: bei Eintritt klinisch im Vordergrund stehendes agitiertes, paranoid gefärbtes präpsychotisches Zustandsbild, differentialdiagnostisch im Rahmen eines nonkonvulsiven Status epilepticus, differentialdiagnostisch im Rahmen einer peri- und/oder postiktalen Aggravierung der Persönlichkeits- und Verhaltensproblematik

-

Organisch-bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensproblematik (ICD-10: F07.8)

-

Anpassungsstörung bezüglich Epilepsieerkrankung sowie chronisch depressiv-dysphorischer Entwicklung.

Der Eintritt sei notfallmässig zur Krisenintervention bei Anfallshäufung und neuropsychiatrischer Befundverschlechterung erfolgt. Die Hospitalisation habe vom 30. August bis 13. September 2018 gedauert. Der Zwischenanamnese ist zu entnehmen, dass gemäss letzter regulärer Ambulanzkonsultation im Juni 2018 nach Einschätzung des Beschwerdeführers seit circa Dezember 2017 keine Anfälle mehr aufgetreten seien. Bei Eintritt habe der Beschwerdeführer jedoch von einem möglichen, nicht genauer beschreibbaren Anfall in der Nacht berichtet. Am Morgen sei er desorientiert aufgewacht und habe nicht gewusst, warum er den Wecker gestellt habe. Er habe auch am Vorabend die anfallspräventive Medikation nicht eingenommen, vermutlich habe er auch die Morgenmedikation ver-gessen. Die Medikation richte er selber und es könne durchaus vorkommen, dass er die Einnahme vergesse. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er am 27. August 2018 von der Polizei am Arbeitsplatz verhaftet und am 29. August 2018 aus

der U-Haft entlassen worden sei. Man habe ihm mitgeteilt, dass er am 23.

August

2018 auf dem morgendlichen Arbeitsweg einem Arbeitskollegen gegenüber geäußert habe, er wolle ein Attentat im Bundeshaus verüben und den Bundesrat erschiessen. Später am gleichen Tag (um die Mittagszeit) vermutlich nach einem Anfall, habe er demselben Arbeitskollegen mitgeteilt, er werde am Abend zuhause sein Gewehr holen und den direkten Vorgesetzten erschiessen. Er könne sich an diese Vorfälle in keiner Weise erinnern. Zudem sei er sehr irritiert über diese ihm berichteten Vorfälle, da er nie jemanden umbringen würde und dies auch in der Vergangenheit nie habe tun wollen. Er halte seit April den Job in der Logistik des Spitals K._____

in, der ihm grundsätzlich gut gefalle. Es gebe keine vordergründigen Konflikte am Arbeitsplatz, er fühle sich aber teilweise durch die Arbeit stark belastet. Er denke nun, dass er zu früh mit dem vollen Pensum wieder eingestiegen sei. Gemäss fremdanamnestischer Mitteilung des Ressortleiters Logistik Spital

K._____, der den Integrationsversuch engmaschig begleitet habe, bestehe seit circa Mai 2018 eine problematische Entwicklung im interpersonellen Bereich (bei persistierenden guten fachlichen Leistungen) mit zunehmender und zuletzt unzumutbarer Belastung des Arbeitsteams durch stark negative Äusserungen und Vorwürfe des Beschwerdeführers bei aus Sicht des Vorgesetzten prinzipiell wohlwollender Haltung dem Beschwerdeführer gegenüber. Am 23. August 2018 (Tag der erwähnten Bedrohungen) sei es um die Mittagszeit zu einem anfallsartigen Ereignis gekommen. Eine direkte telefonische Befragung des anwesenden Mitarbeiters lege einen symptomarmen komplex-fokalen Anfall nahe: Der Beschwerdeführer habe in der Werkhalle plötzlich innegehalten, habe auf Ansprache nicht reagiert und habe wie «verloren» gewirkt. Er habe gewirkt, als wisse er nicht, was er zu tun habe, wobei keine verbalen Äusserungen zu vernehmen gewesen seien. Nach Wiederaufnahme der Handlung sei es dann auch wiederholt zu Äusserungen mit Kraftausdrücken mit scheinbar aggressiver Grundstimmung gekommen. In den zwei Wochen davor (seit Mitte August) seien vier oder fünf sehr ähnliche anfallsartige Ereignisse am Arbeitsplatz von Kollegen beobachtet worden. Eine aggressive Grundstimmung habe es bereits seit Anfang August gegeben.

E. 3.11

Die behandelnden Ärzte der Klinik F._____ nahmen im Anschluss an den «Round Table» vom 23. Oktober 2018 (vgl. Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung vom 27. November 2018, Urk. 7/249 S. 7 f.) in ihrem Bericht vom 25. Oktober 2018 Stellung zum aktuellen Stand und zur prognostischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem Hintergrund der stattgehabten Entwicklung der letzten Monate (Urk. 7/233) und legten den Austrittsbericht über die dortige stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 30. August bis 13. September 2018 bei (Urk. 7/234). Aktuell und bis auf Weiteres sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Der Integrationsversuch in der Logistik des Stadtspitals K._____ (seit April 2018) habe unter bestmöglichen Bedingungen stattgefunden. In der Zusammenschau der im Austrittsbericht dargelegten Ereignisse hätten in erster Linie die bekannten, organisch-bedingten interpersonellen und sozialen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers zum Abbruch geführt. Eine vermutende epileptologische und konsultiv psychiatrische Verschlechterung des Krankheitsbildes dürfte zur Eskalation und damit zum Abbruch des

Arbeitsversuches mitbeigetragen haben. Im Bereich des motivationalen Engagements und der Kooperation seitens des Beschwerdeführers sei kein ungünstiger Beitrag ersichtlich, so wirke der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Möglichkeiten angemessen in der epileptologischen und psychologisch-psychiatrischen Behandlung mit. Zuletzt sei Ende 2017 aus psychiatrischer Sicht eine 60-80%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden, dies während einer laufenden 60%-Anstellung im Archiv der Klinik

J.____. Der Beschwerdeführer habe damals dezidiert die Erhöhung seines Arbeitspensums auf 80 % (zur Vermeidung einer Abhängigkeit der Sozialhilfe) gewünscht, was sich nicht realisieren lassen. Die damalige Einschätzung habe auf diesem Wunsch des Beschwerdeführers und auf einer schriftlichen Arbeitsbeurteilung der Klinik

J.____, welche auf rein fachlicher Ebene gute Leistungen attestiert habe, beruht. Aufgrund der Schilderungen des Beschwerdeführers sei zu vermuten gewesen, dass im interpersonellen Bereich am Arbeitsplatz eine prekär kompensierte Situation vorliegen könnte, wobei eine objektive Überprüfung dieser Vermutung nicht möglich gewesen sei. Aus 2017 liege eine Beurteilung des damals behandelnden Psychiaters med. pract. P.____ vor, der dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Damit habe sich 2017 eine stark divergierende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ergeben. Übereinstimmend sei von einer schwerwiegenden organisch-psychiatrischen Morbidität auszugehen; die Differenz habe sich einzig bei der Frage ergeben, wie stark diese Morbidität die Arbeitsfähigkeit tangieren würde. Aus heutiger Sicht lasse sich festhalten, dass das Ausmass der organisch-psychiatrischen Persönlichkeitsproblematik und der damit assoziierten interpersonellen und sozialen Konflikte längerfristig eine Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt - auch unter optimalen Rahmenbedingungen - vorläufig, aber vermutlich längerfristig, verunmögliche. Ein erneuter Integrationsversuch auf dem ersten Arbeitsmarkt sei aktuell und bis auf Weiteres nicht indiziert. Therapeutisch sei - nebst der bereits eingeleiteten neuroleptischen Behandlung, einer Fortsetzung der psychotherapeutischen Gespräche sowie selbstverständlich weitere Optimierungsversuche der antikonvulsiven Behandlung - ein sozialpsychiatrisches Vorgehen mit baldmöglichster Etablierung einer geeigneten betreuten Wohn- und Arbeitssituation indiziert. In einem solchen milieutherapeutischen Rahmen könnten die interpersonellen/sozialen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers längerfristig bearbeitet und modifiziert werden. Aufgrund der glaubhaft gegebenen Motivation des Beschwerdeführers und seiner (auch vom letzten Arbeitgeber erneut attestierten) guten fach-beruflichen Leistungen sei in prognostischer Sicht offenzulassen, ob zu einem späteren Zeitpunkt eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt doch gelingen könnte. auch bei günstigem Verlauf könnte dies möglicherweise erst in einigen Jahren zu erwägen sein.

E. 3.12

Im Bericht der E.____ vom 28. November 2018 (Urk. 7/251) zuhanden der Beschwerdeführerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörung im Rahmen der Epilepsie (ICD-10: F07.8)

-

R ezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
(ICD.10: F32.1)

-

Epilepsie unklarer Ätiologie mit komplex-fokalen und seltenen sekundär
generalisierten tonisch-klonischen Anfällen (ICD-10: G40.2)

Der Beschwerdeführer sei aktuell sowohl in angestammter als auch angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose hänge vom weiteren Krankheitsverlauf ab und sei aktuell nicht abschliessend zu beurteilen. Insbesondere die längerfristige Auswirkung der Epilepsie auf die Arbeitsfähigkeit sei somatischerseits zu beurteilen. Der Beschwerdeführer weise schwere Beeinträchtigungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie bei der Selbstbehauptungsfähigkeit (verletzten von sozialen Normen) auf. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Durchhaltefähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die Gruppenfähigkeit seien mittelgradig eingeschränkt.

E. 3.13

RAD -Arzt Dr. L. ___ fasste in seiner Stellungnahme vom 6. Dezember 2018 die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgendermassen zusammen (Urk. 7/256/11-12) :

-

Epilepsie unklare Ätiologie (nach MRI-Kriterien nicht-läsionell) mit
Komplex-fokalen und seltenen sekundär generalisierten tonisch-
klonischen Anfällen (Status nach Implantation von Tiefenelektroden vom
24. bis 30.
Oktober 2017)

-

Organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensproblematik (ICD-10:
F07.8)

-

Anpassungsstörung bezüglich Epilepsieerkrankung im Kontext einer
chronisch-depressiv-dysphorischen Entwicklung (teils psychoreaktiv,
mehrheitlich organisch bedingt) im Sinne einer IDD

-

R ezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
(ICD-10: F32.1)

-

Hoher Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen

und an ankastischen Zügen (ICD-10: F61.0)

Einschränkend in Bezug auf die bisherige Tätigkeit wirkten sich die epileptischen Ereignisse sowie die Persönlichkeitsveränderung aus. Das Belastungsprofil für den 1. Arbeitsmarkt sei nicht formulierbar. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei formal seit Ende 2017 attestiert. Bei der Grunderkrankung langjährige Epilepsie mit Persönlichkeitsveränderung sei die genannte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als bereits langfristig bestehend anzunehmen, sodass auf das tatsächlich geleistete Pensum abgestellt werden könne. Eine rententängierende Verbesserung des Gesundheitszustandes sei überwiegend wahrscheinlich nicht zu erwarten. 4.

4.1

Aufgrund der ausführlichen Aktenlage ist ausgewiesen und überdies unbestritten, dass der Beschwerdeführer an einer Epilepsie und in deren Kontext an einer organisch bedingten Persönlichkeits- und Verhaltensstörung leidet. Die Beschwerdeführerin sprach dem Beschwerdeführer - gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung von RAD-Arzt Dr. L.____ vom 6. Dezember 2018 (vgl. Urk. 2 S. 2) - ab dem 1. Dezember 2018 eine ganze Invalidenrente zu. Gemäss Dr. L.____ sei die 100%ige Arbeitsunfähigkeit formal seit Ende 2017 attestiert und es sei bei der Grunderkrankung langjährige Epilepsie mit Persönlichkeitsveränderung anzunehmen, dass diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bereits langfristig bestehe, sodass auf das tatsächlich geleistete Pensum abgestellt werden könne (vgl. E. 3.13). Diese Beurteilung erscheint aufgrund des Verlaufs der Krankheitsgeschichte und der Eingliederungsbemühungen plausibel, weshalb nachfolgend zu prüfen ist, seit wann sich die Funktionsbeeinträchtigung rentenbegründend auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt (vgl. dazu beschwerdeweises Vorbringen, Urk. 1). 4.2

Nachdem der Beschwerdeführer ab Dezember 2012 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben war (vgl. E. 3.1-2), besserte sich sein Gesundheitszustand – erwartungsgemäss – soweit, dass ab Juli 2013

Eingliederungsbemühungen unternommen werden konnten. Indes wurde das am 29. Juli 2013 begonnene Aufbautraining bereits per 20. Oktober 2013 wieder abgebrochen, insbesondere weil sich bezüglich der Beziehungsgestaltung Schwierigkeiten gezeigt hätten. Empfohlen wurde als Zwischenschritt ein Arbeitstraining im KV-Bereich, wo schwerpunktmässig die Punkte «Kommunikation», «Umgang mit Kritik» und «Grenzen anderer Wahrnehmen» angegangen werden könnten (Schlussbericht der G.____ AG vom 28.

Oktober 2013, Urk. 7/67/2-3). Im Anschluss an die Zusprache von Arbeitsvermittlung (Mitteilung vom 13. November 2013, Urk. 7/69) mündete ein Arbeitsversuch bei H.____ am 29. Januar 2014 in einen Eintritt ins Zentrum S.____ und zu daran anschliessenden psychiatrischen Behandlungen, während welcher mit Arbeitsvermittlung fortgefahren wurde (Urk. 7/79/10-11). Im Spätsommer des Jahres 2014 erfolgte eine Anmeldung bei der Stelle T.____, die um die Jahreswende einen Integrationsplan verfasste (Urk. 7/80). Per 22. Juni 2015 wurde der Beschwerdeführer durch die I.____ zu einer Potenzialerhebung aufgeboten (Urk. 7/85), die er allerdings aus gesundheitlichen Gründen nicht antrat, da er sich stationär in die Klinik

F.____ begab (Urk. 7/87). Im Bericht der F.____ vom 31.

August 2015 (vgl. E. 3.4) wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer aus epileptologischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit

qualitativ eingeschränkt sei. Bedeutsamer seien aber die neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen, welche zu einer quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Deshalb sei dem Beschwerdeführer ab sofort (August 2015) eine behinderungsangepasste Tätigkeit (gut strukturierte Arbeit mit möglichst wenig sozialen Interaktionen) zu 50

% möglich. Im Bericht vom 27. Februar 2017 (vgl. E. 3.5) wurde weder in epileptologischer noch in neuropsychologischer Hinsicht eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Veränderung des Gesundheitszustandes festgehalten. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit wurde auf die 60%-Anstellung in der Klinik J.____ verwiesen; dem Beschwerdeführer selbst erscheine diese Aufgabe im Hinblick auf Belastung und Zeitpensum angemessen.

Med.

pract.

P.____, welcher den Beschwerdeführer von 2013 bis 2017 psychiatrisch

behandelte, attestierte dem Beschwerdeführer hingegen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in seiner angestammten kaufmännischen Tätigkeit (vgl. E. 3.7). Aufgrund der ausführlich dargelegten neuropsychologischen Funktionsbeeinträchtigungen und aufgrund seiner Persönlichkeitsproblematik - welche die Haupteinschränkung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit darstellten - sei der Beschwerdeführer auch langfristig nur an geschützten Arbeitsstellen (maximal zu 80%) einsetzbar. Den dynamischen und Flexibilität erfordernden Bedingungen des 1. Arbeitsmarktes sei er dagegen nicht gewachsen; was auch die nicht erfolgreich durchgeführten Eingliederungsmassnahmen zeigten. Dabei führte med. pract.

P.____ nachvollziehbar aus, dass es sich bereits bei der Stelle in der Klinik J.____ angesichts der angepassten und wohlwollenden Arbeitsbedingungen um eine solche geschützte Arbeitsstelle gehandelt habe; und dennoch habe der Beschwerdeführer lediglich zu 60% arbeiten können. Eben im Zusammenhang mit der Frage der Arbeitsfähigkeit oder einer notwendigen Berentung sei es schliesslich zum Zerwürfnis mit dem Beschwerdeführer gekommen (vgl. E. 3.6, Urk. 7/194 S. 11-14).

Im weiteren Verlaufsbericht der F.____ vom 29. Dezember 2017 (vgl. E. 3.9) wurde seitens der behandelnden Ärzte ebenfalls dafürgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der organisch bedingten Persönlichkeits- und Verhaltensproblematik quantitativ eingeschränkt sei - nebst den fort bestehenden qualitativen Einschränkungen aus epileptologischer Sicht. Nur bei optimalen Bedingungen, vergleichbar mit einem geschützten Arbeitsplatz, könne der Beschwerdeführer zu 60% arbeiten, wobei dieser Eindruck durch die 60%-Anstellung bei der Klinik J.____ bestätigt werde.

Nachdem es im August respektive September 2018 - noch während laufender Probezeit der Festanstellung - zur arbeitgeberseitigen Auflösung des Arbeitsverhältnisses wegen dem vom Beschwerdeführer ausgesprochenen Amoklauf-Drohungen gekommen war (vgl. E. 3.10 und E. 4.5), hielten die Ärzte der F.____ im Anschluss an einen durchgeführten «Round Table» fest, dass der Beschwerdeführer aktuell und bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig sei. Trotz bestmöglichen Bedingungen sei es aufgrund der bekannten,

organisch -bedingten interpersonellen und sozialen Schwierigkeiten - vermutlich im Rahmen einer epileptologischen und konsekutiv psychiatrischen Verschlechterung des Krankheitsbildes - zur erwähnten Eskalation gekommen. Rückblickend - und nachträglich in Übereinstimmung mit der Beurteilung von med. pract .

P.____ vom Frühling 2017 - wurde nun überzeugend dargelegt, dass die schwerwiegende organisch-psychiatrische Persönlichkeitsproblematik eine Arbeitsfähigkeit bereits längerfristig verunmögliche

(vgl. E. 3.11). Bezüglich der anfänglichen Divergenz bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weist die F.____ nachvollziehbar darauf hin, dass die von ihnen doch noch attestierte 60%ige Arbeitsfähigkeit auf dem stark geäußerten Wunsch des Beschwerdeführers zur Vermeidung einer Abhängigkeit von Sozialhilfe beruhte. Mit med. pract .

P.____ kam es denn gerade bezüglich dieser Frage , ob eine weitere Arbeitstätigkeit oder doch eine Berentung angebracht sei, zum Zerwürfnis. Entscheidend ist jedenfalls die tatsächliche - medizinisch-theoretische - Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und nicht das subjektive Empfinden des Beschwerdeführers selbst. 4 .3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass seit erstmalig attestiertem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2012 sich der Beschwerdeführer wiederkehrend in epileptologischer und psychiatrischer Behandlung befand, sämtliche beruflichen Integrationsversuche jeweils nach kurzer Zeit scheiterten und med. pract . P.____ , der den Beschwerdeführer langjährig behandelte, psychiatrischerseits von einem im Verlauf im Wesentlichen unveränderten Befund berichtete und den Beschwerdeführer zeitlebens nicht mehr in der Lage sah, ohne Unterstützung in einer Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bestehen (Bericht vom 17. Oktober 2017, Urk. 7/200). Mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist deshalb ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer seit Dezember 2012 auf dem 1. Arbeitsmarkt nicht mehr arbeitsfähig - und entsprechend sowohl in bisheriger als auch in angepasster Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig - war. 5 . 5 .1

Vorweg ist festzuhalten, dass Rentenleistungen erst dann auszurichten sind, wenn keine zumutbaren Eingliederungsmassnahmen mehr in Betracht fallen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_689/2019 vom 20. Dezember 2019 E. 3.1 und Urteil 9C_108/2912 vom 5. Juni 2012 E. 2.2.1). Der in der Invalidenversicherung geltende Grundsatz «Eingliederung vor Rente» bewirkt, dass die Rente hinter einer Eingliederungsmassnahme beziehungsweise dem damit verbundenen Taggeld zurücktritt (so Art. 28 Abs. 1 lit . a IVG). Ein Rentenanspruch kann erst nach Beendigung der Eingliederungsmassnahmen entstehen, und zwar selbst dann, wenn diese nur einen Teilerfolg brachten oder scheiterten. Vor diesem Zeitpunkt ist eine Invalidenrente, gegebenenfalls auch rückwirkend, nur zuzusprechen, wenn die versicherte Person nicht oder noch nicht eingliederungsfähig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_450/2019 vom 14. November 2019 E. 3.3.1 mit Hinweis auf BGE 121 V 190 E. 4c, d und e S. 192 ff.; auch Meyer/Reichmuth Recht sprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl. 2014 N. 7 zu Art. 28 IVG).

Es steht fest, dass der Beschwerdeführerin zwar ab April 2013 bis Ende August 2018 diverse Massnahmen zur beruflichen Eingliederung in Anspruch nahm, wo für ihm zeitweise

Taggeld er respektive infolge einer Anstellung ein Lohn ausgerichtet wurden. Obwohl damit von einer grundsätzlichen Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen wäre, womit ein Rentenanspruch für diesen Zeitraum ohne Weiteres ausser Betracht fallen würde (Art. 29 Abs. 2 IVG), ist im vorliegenden Fall aufgrund des ausführlich dargelegten Krankheitsverlaufes. Die vom Beschwerdeführer dennoch verrichteten jeweils nur kurze Arbeitseinsätze sind als Arbeitsversuche im Rahmen der Wiedereingliederungsbemühungen zu qualifizieren. 5.2

Wie zuvor festgestellt, ist

der Beschwerdeführer

seit Dezember 2012 vollständig arbeitsunfähig, weshalb ab dem 1. Dezember 2013 ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente resultiert. Die Koordination mit bereits bezogenen Taggeldern wird Sache der Beschwerdegegnerin sein.

6.

Zusammenfassend ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, und die angefochtene Verfügung insoweit abzuändern, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer

bereits ab dem 1. Dezember 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 7.7.1

Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind diese der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG und § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht eine Prozessentschädigung zu, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und auf Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. März 2019 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - 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 Bundes

gesetzes 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 HurstGeiger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

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