

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00747 vom 30. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00747

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00747 du 30 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00747 del 30 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1983, begann je eine Ausbildung zum Konstrukteur und Maler, welche er jedoch nicht abschloss. Im Jahr 2014 erlangte er das Handelsdiplom VSH (Urk. 6/3, Urk. 6/126/36). Ab 1. Mai 2016 war er bei der Y.____ als Softwaretester angestellt (Urk. 6/16/1). Im September 2016 erlitt er einen psychischen Zusammenbruch. Hernach wurde er ab dem 9. September 2016

in unterschiedlichem Umfang, ab 17. März 2018

anhaltend zu 100 % krankgeschrieben und bezog Krankentaggelder (Urk. 6/5/2, Urk. 6/5/9, Urk. 6/102/10).

Mit Datum vom 29. Januar 2016 (richtig: 2017) meldete er sich unter anderem unter Hinweis auf ein Burnout mit diversen Symptomen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte in der Folge medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 6/5, Urk. 6/24, Urk. 6/97, Urk. 6/109). Per Ende Oktober 2017 wurde das Arbeitsverhältnis gekündigt (Urk. 6/40/7). In der Folge erteilte die IV-Stelle für den Zeitraum vom 4. September 2017 bis 31. März 2018 Kostengutsprachen für eine Potentialabklärung sowie Integrationsmassnahmen in der Form eines

Belastbarkeits- und

Aufbautrainings und erbrachte Taggeldleistungen (Urk. 6/26 f., Urk. 6/38 f., Urk. 6/57 f.).

Das Aufbautraining wurde per 16. März 2018 abgebrochen, woraufhin die IV-Stelle dem Versicherten am 20. März 2018 mitteilte, es seien derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich und es werde der Rentenanspruch geprüft (Urk. 6/75). Mit Vorbescheid vom 29. August 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/103). Auf erhobenen Einwand des Versicherten hin (Urk. 6/105) veranlasste sie eine interdisziplinäre Begutachtung beim Z.____

(Psychiatrie / Neuropsychologie, Gutachten vom 8. Mai 2019, Urk. 6/126). Zum Ergebnis der Begutachtung nahm der Versicherte am 1. Juli 2019 Stellung (Urk. 6/131). Mit neuem Vorbescheid vom 9. August 2019 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten abermals die Abweisung seines Leistungsbegehrens an, woraufhin der Versicherte am 4. September 2019 wiederum Einwand erhob (Urk. 6/140, Urk. 6/143). Am 19. September 2019 verfügte die IV-Stelle schliesslich im angekündigten Sinne und verneinte einen Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 23 % (Urk. 6/147/ = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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

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 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).

E. 1.3

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

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

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

E. 1.4

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

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 23. Oktober 2019 Beschwerde und beantragte, es sei ihm ab September 2017 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur ergänzenden Abklärung und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 22. November 2019 mitgeteilt (Urk. 7). Am 20. Mai 2020 reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht zu den Akten (Urk. 8 und 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete schliesslich am 15. Juni 2020 auf eine Stellungnahme (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2019 erwog die Beschwerdegegnerin, es sei dem Beschwerdeführer trotz seiner Einschränkung zumutbar, eine Tätigkeit ohne erhöhte Anforderung an die Konzentration sowie in einem wohlwollenden Umfeld in einem Pensum von 80 % auszuüben (Urk. 2 S. 1). Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 23 %, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. Im Rahmen seines Einwandes habe der Beschwerdeführer keine neuen Diagnosen oder Beurteilungen angeführt, welche nicht bereits berücksichtigt worden seien. Es handle sich um eine unterschiedliche Beurteilung desselben Sachverhalts (Urk. 2 S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 23. Oktober 2019 geltend, auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von Prof. Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, könne nicht abgestellt werden, da sich dieses – aus näher dargelegten Gründen – als unklar und widersprüchlich erweise (Urk. 1 S. 8 f.). Die angeblich suboptimale Behandlungskompliance sei krankheitsbedingt und könne ihm daher nicht als Verletzung der Schadenminderungspflicht vorgeworfen werden (Urk. 1 S. 9). Aus den verschiedenen ausführlichen und nachvollziehbaren Stellungnahmen des B.____ in Verbindung mit den ebenfalls ausführlichen Berichten der C.____ ergebe sich, dass eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 40 % nicht möglich erscheine. Im Rahmen der beruflichen Massnahmen habe die Grenze des Zumutbaren bei einer Leistungsfähigkeit von maximal 30 % gelegen. Somit könne grundsätzlich auch ohne weitere Abklärungen von einem Invaliditätsgrad von über 70 % aus gegangen und ihm eine ganze Invalidenrente zugesprochen werden. Sofern diese Berichte nicht als genügende Grundlage für die Invaliditätsbeurteilung ausreichen würden, sei eine Rückweisung zwecks ergänzender psychiatrischer Begutachtung unabdingbar (Urk. 1 S. 10).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht keine Invalidenrente zugesprochen hat. 3. 3.1

Dem Bericht der D.____ vom 12. April 2017 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich vom 31. Januar bis 30. März 2017 in stationärer Behandlung befand (Urk. 6/20/2). Die Behandler stellten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), bestehend seit Anfang 2016, sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicher-vermeidenden Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), bestehend seit dem Jugendalter (Urk. 6/20/1). Dazu

ergänzten sie, der Beschwerdeführer habe seit zwei Jahren zunehmende Schlafprobleme und seit etwa Mai 2016 zusätzlich zunehmende Symptome wie Schwindel, Augen brennen, Müdigkeit und Unruhe. Im September 2016 sei es am Arbeitsplatz zum Zusammenbruch mit anschliessend einem notfallmässigen Eintritt ins Akutspital gekommen. Seither sei er in ambulanter psychotherapeutischer Betreuung. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit werde bei einer störungsspezifischen psychotherapeutischen Behandlung längerfristig davon ausgegangen, dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt wiederhergestellt werden könne. Mittelfristig sei eine weitere Stabilisierung mit nachfolgender Unterstützung bei der Arbeitsintegration notwendig. Es sei eine schrittweise Wiedereingliederung mit reduziertem Arbeitspensum nach dem Austritt zu empfehlen (Urk. 6/20/2). In der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit sei im Anschluss an die stationäre Behandlung grundsätzlich eine Teilarbeitsfähigkeit von mindestens 50 % mit schrittweiser Steigerung bis zu 100 % denkbar (Urk. 6/20/3). 3.2

Vom 30. September bis 31. Dezember 2017 absolvierte der Beschwerdeführer ein Belastbarkeitstraining in der C.____ (Urk. 6/68/1). Aus dem Schlussbericht vom 31. Dezember 2017 geht hervor, dass der Beschwerdeführer motiviert und interessiert mit dem Belastbarkeitstraining begonnen habe. Er sei als freundliche, sehr engagierte und offene Person kennengelernt worden. Ferner habe er einen starken Willen, sei zuverlässig und überzeuge mit sehr guter Qualität. Die sehr gute Qualität gehe jedoch zu Lasten des Arbeitstempos respektive der Quantität. Aufgrund seines Perfektionismus komme er immer wieder an seine Grenzen und überschreite diese teilweise. Dies führe unter anderem zu gesundheitlichen Beschwerden (Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Tinnitus, Schlafstörungen) und er komme an seine Belastungsgrenze. An den Themen Perfektionismus und Belastbarkeit arbeite er konstant und habe sich verbessern können, es bestehe aber noch eine Steigerungsfähigkeit. Es habe eine Präsenzzeit von vier Stunden täglich an vier Tagen pro Woche aufgebaut werden können (Urk. 6/68/4). 3.3

Vom 1. Januar bis 8. März 2018 befand sich der Beschwerdeführer in einem Aufbaustraining der C.____ in einer Velowerkstatt. Dem Schlussbericht vom 14. März 2018 ist zu entnehmen, dass die Zielsetzungen betreffend die geforderte Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowie den Umgang mit dem persönlichen Energie- und Ressourcenhaushalt nicht hätten erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe motiviert gearbeitet, sei interessiert gewesen und habe ein zuverlässiges und pünktliches Verhalten gezeigt. Seine Arbeitsweise sei äusserst engagiert gewesen und er habe bei den Arbeiten stets mit guter Qualität überzeugt. Er habe jedoch immer wieder seine Grenzen überschritten und persönliche Krisen erlitten. Im Verlauf sei es ihm immer schlechter gegangen und seine gesundheitlichen Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Tinnitus und Sensibilitätsstörungen) hätten sich verstärkt. Er habe ein durchschnittliches Pensum von 40 % erreicht. Die Leistungsfähigkeit in den anwesenden Stunden habe geschwankt und sei abhängig von seinem Befinden gewesen. Sie habe sich zwischen 20 und 45 % bewegt. Aufgrund der nicht erreichten Ziele und des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers werde der Fokus auf seine Gesundheit mit weiteren medizinischen Massnahmen gelegt. Das Aufbaustraining werde daher vorzeitig abgebrochen (Urk. 6/71/6). 3.4

Ab 27. März 2017 befand sich der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Therapie im B.____. Die Fachärztin Dr. med. E.____, Oberärztin,

nannte im Bericht vom 9. Mai 2018

als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden und zwanghaften Anteilen (ICD-10 F61.0), eine Anpassungsstörung bei Überforderung im beruflichen Umfeld (ICD-10 F43.22), eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.6) sowie Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge gehabt hätten (ICD-10 Z61.3, Urk. 6/82/5). Der Beschwerdeführer sei aktuell zweimal wöchentlich in Behandlung (Urk. 6/82/3). Die momentane Situation löse bei ihm Gefühle von Überforderung und Angst sowie Insuffizienz- und Versagensgefühle aus. Aufgrund von Defiziten in der Emotionswahrnehmung und -regulierung würden sich diese Gefühle meist über Schlafstörungen und somatische Symptome zeigen. Es bestünden Defizite, vor allem in der Selbstwahrnehmung und -regulierung (Urk. 6/82/4). Der Beschwerdeführer sei sehr therapiemotiviert und er wolle seine Leistungsfähigkeit vollständig zurückerlangen. Er verfüge zudem über einige Ressourcen. Aufgrund der Vorgeschichte und des aktuellen Krankheitsbildes sei jedoch mittelfristig von einer reservierten Prognose auszugehen. Es brauche zunächst eine weitere Stabilisierung und Rückfallsprophylaxe in einem stressarmen Umfeld. Aufgrund seines hohen Leistungsanspruchs zusammen mit der ungenügenden Wahrnehmung der eigenen Leistungsgrenzen sei bei einem erneuten Arbeitsversuch sehr dosiert vorzugehen. Der Beschwerdeführer benötige einen stark reduzierten Arbeitsrhythmus mit vielen Pausen und einer wohlwollenden sowie stress- und reizarmen Atmosphäre (Urk. 6/82/5). Er sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Die ursprüngliche Tätigkeit als Softwaretester erfordere eine hohe Konzentration über eine längere Zeit, was momentan nicht möglich sei. Aktuell bestünden Funktionseinschränkungen in den Bereichen der Konzentrationsfähigkeit, der Belastbarkeit (körperlich und psychisch), der Anpassungs- sowie Leistungsfähigkeit und eine stark erhöhte Ermüdbarkeit sowie Erholungsbedürftigkeit. Die psychischen Einschränkungen beträfen Insuffizienz-, Angst- und Ohnmachtsgefühle. Des Weiteren liege eine Störung der Vitalgefühle vor und es bestünden eine innere Unruhe, hohe Leistungsansprüche, eine reduzierte Stresstoleranz, die Neigung zur Selbstverausgabung (eingeschränkte Abgrenzungsfähigkeit und Fehlertoleranz), eine eingeschränkte Emotionsregulation sowie eine ausgeprägte Selbstwertproblematik (Urk. 6/82/6). Auf die Frage nach einer leidensangepassten Tätigkeit führte die Ärztin aus, aktuell bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, die Frage könne jedoch erst nach Erlangen einer Arbeitsfähigkeit beantwortet werden (Urk. 6/82/8). 3. 5

Am 28. September 2018 erstattete Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, im Nachgang zu seiner Aktenbeurteilung vom 6. Juni 2018 zu Händen der Krankentaggeldversicherung (Urk. 6/97/239-268) ein psychiatrisches Gutachten. Darin führte er aus, es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, emotional instabilen, zwanghaften und perfektionistischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 F61.0) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 6/109/39 f.). Aufgrund der Untersuchung, der ihm vorliegenden Akten und den Angaben des Beschwerdeführers sei diese als leicht ausgeprägt zu werten (Urk. 6/109/41). Ohne leistungseinschränkende Wirkung seien die ausgeprägte undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) sowie der Status nach Anpassungsstörung bei Überforderung im beruflichen Umfeld, Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und eine gemäss den Angaben

des Beschwerdeführers mindestens seit dem 23. Lebensjahr bestehende, anhaltende affektive Störung im Sinne einer Dysthymie (ICD-10 F34.1). Des Weiteren lägen psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch schädlichen Gebrauch von Kokain bei gegenwärtiger

Abstinenz (ICD-10 F14.1) und mit Verweis auf seine Biografie Ereignisse, die den Verlust des Selbstwertgefühls in der Kindheit zur Folge gehabt hätten (ICD-10 Z61), vor (Urk. 6/10 6/40).

Die Persönlichkeitsstörung sei im vorliegenden Fall sicherlich nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien der Persönlichkeitsstörung vor allem durch seine gestörte berufliche Reintegration aufgrund seiner interaktionellen Konflikte. Diese hätten am letzten Arbeitsplatz insbesondere aufgrund der reduzierten Ressourcen im Hinblick auf die Konfliktbewältigung zur Entwicklung einer Anpassungsstörung, Angst und depressiven Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und gleichzeitig zur Entwicklung von multiplen somatischen Unzulänglichkeiten im Sinne einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) geführt. Sicherlich sei die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit verantwortlich für den protrahierten Verlauf der Erkrankung, dies begründe allerdings aus versicherungsmedizinischer Sicht keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt (Urk. 6/109/41).

Weitere Auffälligkeiten seien beim Beschwerdeführer nicht erkennbar. Er sei sozial integriert (regelmässige berufliche Tätigkeit, keine juristischen Konflikte, keine schweren psychopathologischen Störungen mit Behandlung, aktuell keine Suchterkrankung, langjährige Beziehung). Gesamthaft könne somit maximal eine leichte Ausprägung der Störung angenommen werden (Urk. 6/109/41 f.). Die vorliegenden Befunde ergäben insgesamt bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Beschwerdevalidierungstests, Selbsteinschätzungsskalen, Medikamenten-Monitoring, Urk. 6/109/45).

In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Softwaretester bei der Y.____

sei der Beschwerdeführer seit der krankheitsbedingten Aufgabe der Tätigkeit am 9. August 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. In dieser Tätigkeit sei insbesondere aufgrund des hohen IQ des Beschwerdeführers und entsprechender beruflicher Ressourcen bei einem

konfliktarmen Arbeitgeber mit reduziertem Kundenkontakt und der Möglichkeit, sich zurückzuziehen, spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung von einer allenfalls 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die im weiteren Verlauf alle 4-6 Wochen um 20 % gesteigert werden könne. Spätestens ab dem 1. Januar 2019 sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit bei einem konfliktarmen Arbeitgeber auszugehen. Die noch vorübergehende Attestierung einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde mit der längeren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und entsprechender Dekonditionierung begründet. In einer Verrücktheit sei der Beschwerdeführer spätestens ab Januar 2019 zu 100 % arbeitsfähig. Das Belastungsprofil umfasse einen konfliktarmen Arbeitgeber, die Möglichkeit, sich zurückzuziehen, klar strukturierte Aufgaben, einen reduzierten Zeitdruck und keine Leitungsfunktionen. Das ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte seit der aktuellen Abklärung. Plausible fachärztliche Berichte, die retrospektiv eine Beurteilung der

Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zulassen würden, lägen nicht vor. Zudem seien eine Aggravation und Selbstlimitierung festgestellt worden

(Urk. 6/109/47) . 3. 6

Am 4. Dezember 2018 erstattete das B.____

zum obigen Gutachten von Dr. F.____ eine Stellungnahme zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers. Darin erklärten die Behandler , das B.____

gehe ebenfalls von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit stark ausgeprägten ängstlich - vermeidenden sowie zwanghaften Anteilen, aus (ICD-10 F61.0). Zusätzlich hätten sie aktuell eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1, nach BDI-2), eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) sowie eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, nach ICD-11) diagnostiziert. Die letztgenannte Diagnose beschreibe die Folgen der Entwicklungsstraumatisierungen, an welchen der Beschwerdeführer leide. Dies seien

unter anderem Störungen in der Affektregulation und Selbstwahrnehmung, anhaltende Gefühle von Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Scham und Schuld, somatoforme Beschwerden, Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen sowie dissoziative Zustände (nach ICD-11). Im Gutachten werde

dies unter der Diagnose ICD-10 Z61 (Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben) abgebildet. Der Diagnose einer ausgeprägten undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) könnten sie sich ebenfalls anschliessen (Urk. 6/115/1). Das B.____ gehe davon aus, dass sich alle zuvor genannten Diagnosen nachteilig auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Nicht nur die Persönlichkeitsstörung, sondern auch die generalisierten Ängste, die depressiven Symptome, die somatoformen Beschwerden sowie die komplexe PTBS

hätten jeweils Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die Komplexität erzeugen einen erhöhten Lebensdruck, der sich zusammen mit den ausgeprägten kognitiven Einschränkungen nachteilig auf die Belastungs- sowie Leistungsfähigkeit auswirke (Urk. 6/115/1 f.).

Dr. F.____ argumentiere bei seiner Einschätzung des Ausprägungsgrades der Persönlichkeitsstörung, dass der Beschwerdeführer sozial gut integriert sei. Auf den ersten Blick vermöge dies so zu erscheinen. Die Strategien, welche diese soziale Integration in der Vergangenheit ermöglicht hätten, hätten jedoch auch zum Zusammenbruch geführt (extreme Überanpassung, Perfektionismus, fehlende Abgrenzung). Seither fehle die Energie zur Überkompensation und der Beschwerdeführer habe sich sozial noch stärker zurückgezogen. In sozialen Interaktionen fühle er sich seit jeher sehr unsicher und unter grossem Druck. Dies werde auch im Kontakt mit ihm deutlich.

Der Blickkontakt falle

ihm beispielsweise schwer und werde als unangenehm erlebt. Selbst gegenüber seinen zwei einzigen engen Bezugspersonen (Freundin und Bruder) könne er sich emotional nicht öffnen. In Kombination mit der mittelgradigen depressiven Störung, der ausgeprägten undifferenzierten Somatisierungsstörung, der generalisierten Angststörung sowie der komplexen PTBS

seien ein stark ausgeprägtes persönliches Leiden, eine stark eingeschränkte soziale Funktionsfähigkeit (nicht nur beruflich, sondern auch privat) sowie eine erheblich eingeschränkte Flexibilität betreffend die Wahrnehmungs-, Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster vorhanden. Aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes sei folglich von einer stärkeren Ausprägung auszugehen. Der Beschwerdeführer werde aktuell durch das B.____

in seiner zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit

zu 100 % arbeitsunfähig eingeschätzt. In einer angepassten Tätigkeit sei er zu höchstens 20-30 % arbeitsfähig. Dabei werde auf die beiden Arbeitssuchen, die der Beschwerdeführer bisher unternommen habe, abgestützt. Beim ersten Arbeitssuch im Januar 2017 in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit hätten sich bereits bei einem Pensum von

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).

E. 10

Aus dem im Rahmen des Gerichtsverfahrens eingereichten Bericht des B.____ vom 11. Mai 2020 geht hervor, dass der Beschwerdeführer nach einer leichten Verbesserung der Symptomatik (Schlafstörungen und vegetative Symptome) im August 2019 eine Stelle bei der J.____ gefunden habe. Aufgrund der Zunahme der Belastung infolge der Arbeits- und Schichttätigkeit sei es schon bald wieder zu Schlafstörungen und somatischen Symptomen (insbesondere Empfindungsstörungen, Schwindel, Sehprobleme, Übelkeit) gekommen. Im November 2019 habe er einen ersten Zusammenbruch erlitten, nach welchem er sein Pensum auf 40 % reduzieren wollen. Dies sei jedoch nicht möglich gewesen. Mitte Dezember 2019 sei es zu einem weiteren Zusammenbruch gekommen, wodurch er erneut von der Hausärztin krankgeschrieben worden sei. Aktuell sei es infolge der Situation mit dem Corona-Virus zu einer erneuten Verschlechterung des Zustandsbildes gekommen (Urk. 9 S. 1).

In diagnostischer Hinsicht stellten die Behandler des B.____

nicht mehr die Diagnose einer komplexen PTBS, hielten jedoch an ihren mit Bericht vom 4. Juli 2019 genannten Diagnosen fest. Der Beschwerdeführer sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. In einer Verweistätigkeit sei er aktuell zu höchstens 30-40 % arbeitsfähig.

Unter Berücksichtigung des beschriebenen Belastungsprofils sei allenfalls auch eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit möglich. Ab wann und in welchem Umfang dies möglich sei, sei aktuell jedoch noch nicht abzuschätzen. Es sei jedoch wahrscheinlich nicht mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (Urk. 9 S. 2). 4. 4.1

Die Beschwerdeführerin stützte ihre leistungsabweisende Verfügung in erster Linie auf das psychiatrisch -neuropsychologische Gutachten von Prof . A.____ sowie Dr. G.____ , welches sie als beweiskräftig erachtete (Urk. 2 S. 1 f.) . Entgegengesetz ter Auffassung ist der Beschwerdeführer, welcher dem

Gutachten

die Beweiskraft abspricht und gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte des B.____ und den Berichten der C.____ von einer Leistungsfähigkeit von maximal 30 % in einer angepassten Tätigkeit ausgeht (Urk. 1 S. 8 ff.). 4.2

Das B.____ nahm am 4. Juli 2019 zum obgenannten Gutachten Stellung. Dabei kritisierten die Behandler die Diagnosestellung des psychiatrischen Gutachters und machten geltend, auch sie gingen von einer kombinierten Persönlichkeits störung sowie einer Somatisierungsstörung aus. Die Angst sowie die depressive Symptomatik seien allerdings chronifiziert . Des Weiteren sei anstelle der Anpassungsstörung (Angst und depressive Reaktion gemischt) von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode , sowie einer generalisierten Angststörung auszugehen (Urk. 6/133/1 f.). Dem ist in erster Linie zu entgegnen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Daher bleibt dem begutachtenden Psychiater praktisch immer ein gewisser Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2017 vom 29. Dezember 2017 E. 4.3). Der Gutachter leitete die von ihm gestellten Diagnosen der Anpassungsstörung (Angst und depressive Reaktion gemischt), der Somatisierungsstörung sowie der kombinierten spezifischen Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, perfektionistischen und impulsiven Zügen unter eingehender und detaillierter Würdigung der Aktenlage und nach eigener Erhebung des Status des Versicherten unter anderem mittels AMDP, das ein Instrument zur standardisierten Erfassung des psychopathologischen Befundes, körperlicher Symptome und Anamnese-D aten bei psychisch Kranken bereit hält

her (Urk. 6/126/ 21 ff.) . Er wies insbesondere einleuchtend darauf hin, dass beim Beschwerdeführer aufgrund des fehlenden Einzelereignisses nicht die Diagnose einer PTBS gestellt werden könne (Urk. 6/126/24). Auch die Diagnose der Anpassungsstörung erweist sich als nachvollziehbar. Der Gutachter erklärte diesbezüglich unter Hinweis auf die Kriterien des ICD-10 , diese habe mit der Überforderungssituation am Arbeitsplatz und der Infragestellung des weiteren Lebensweges des Beschwerdeführers begonnen , woraufhin die Symptomatik in einem genau bestimmten Zeitintervall und im Zusammenhang mit der psychophysischen Überforderung aufgetreten sei

(Urk. 6/126/23). Letztendlich ist jedoch ohnehin nicht abschliessend entscheidend, ob die Leiden des Beschwerdeführers (unter anderem) als eine Anpassungsstörung oder – wie das B.____ statuiert (Urk. 6/133/1 f.) – separat als eine rezidivierende depressive Störung sowie eine generalisierte Angststörung eingeordnet werden. Denn es ist

nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens massgebend, sondern deren konkrete

Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 mit Hinweis und 143 V 418 E. 6).

4.3

Die konkreten objektivierten Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit kognitiver Natur wurden mittels der neuropsychologischen Testung lege artis erhoben. Trotz geklagter Kopfschmerzen, eines Kribbelns am Kopf und der Klage über brennende Augen war der Beschwerdeführer konstant und ausreichend belastbar und es konnten valide Ergebnisse erzielt werden. In Anbetracht der Tatsache, dass nur leichte kognitive Einschränkungen und eine durchaus durchschnittliche Konzentrationsfähigkeit erhoben werden konnten (Urk. 6/126/48), leuchtet die Einschätzung des Gutachters ein, dass die wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit wohl auf die Persönlichkeitseigenschaften des Beschwerdeführers zurückgeht. Wenn daher eine angepasste Tätigkeit nur wenige Anforderungen an dauerhafte konzentrierte Leistungen enthält und ein eher familiäres, wohlwollendes Umfeld vorhanden ist, das den Beschwerdeführer trägt, (Urk. 6/126/29), leuchtet die Einschätzung einer höheren Arbeitsfähigkeit - als bei der Tätigkeit als Softwaretester -

im Umfang von 80 % ein. Bei dieser letzteren Arbeit als Softwaretester waren längerdauernde konzentrierte Leistungen nötig (Urk. 6/126/28).

Die Leistungseinschränkung von 20 % in einer optimal angepassten Arbeit erweist sich damit als schlüssig. Daran vermag die gegenteilige Einschätzung des B.____ nichts zu ändern, wonach der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu maximal 30 % arbeitsfähig sei (Urk. 6/133/3). Einerseits ist betreffend die Einschätzung von behandelnden Arztpersonen sowie Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Andererseits

stellten die Behandler bei ihrer Leistungseinschätzung in erster Linie auf den Schlussbericht des Aufbautrainings in der C.____

ab (Urk. 6/133/3, Urk. 6/71/6). Diesbezüglich ist jedoch daran zu erinnern, dass rechtsprechungsgemäss die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute zu beantworten ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_798/2018 vom 26. Juli 2019 E. 4.2.1).

Mit Bezug auf die abweichende Beurteilung der Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit gemäss Mini-ICF-APP

(Urk. 6/133/3, Urk. 6/115/2 f.) gilt es überdies zu berücksichtigen, dass auch Prof. A.____ in seiner Beurteilung darauf hinwies, dass der Summenwert des Mini-ICF-APP 25 Punkte betrage und damit fast genau im Mittelwert des vor einer stationären Aufnahme stehenden arbeitsunfähigen Patienten liege. Gleichzeitig wies er jedoch darauf hin, dass die so beurteilte Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigung fast ausschliesslich auf den Angaben des Beschwerdeführers beruhe und der Punktwert in Anbetracht der persönlichkeitsbedingten Ursachenfaktoren nur eingeschränkt aussagekräftig sei (Urk. 6/126/26). Dies korreliert auch mit der gutachterlichen Feststellung, wonach der Beschwerdeführer seine Symptome stark dramatisierend geschildert habe und die geklagte Symptomatik im Sinne eines primären Krankheitsgewinnes und der Persönlichkeitsstörung zu sehen sei (Urk. 6/126/22 und 26). Vor diesem Hintergrund vermag die Einschätzung des B.____

jene des Gutachters, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei, nicht in Zweifel zu ziehen. Diese erweist sich angesichts der seit 2016 weitgehend unveränderten Befundlage mit den geschilderten Symptomen wie beispielsweise Konzentrationsproblemen, Visusproblemen, Kopfschmerzen, Empfindungsstörungen und Schwindel (Urk. 6/14/3, Urk. 6/34/1, Urk. 6/82/4, Urk. 6/86/3, Urk. 6/126/17) auch im zeitlichen Verlauf als nachvollziehbar.

Dem widerspricht auch die Beurteilung durch Dr. F.____

nicht, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten sowie einer angepassten Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vom 28. September 2018 zu 50 % arbeitsfähig sei. Denn er begründete die 50%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit in erster Linie mit der längeren Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und einer entsprechenden Dekonditionierung (Urk. 6/109/47). Diese psychosozialen

Faktoren sind allerdings invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant. Immerhin ging er per 1. Januar 2019 sogar von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten sowie einer angepassten Tätigkeit aus, wobei er darauf hinwies, dass eine retrospektive Beurteilung nicht ohne Weiteres möglich sei (Urk. 6/109/47 und 49). 4.4

Prof. A.____

hielt zwar ergänzend fest, die Prognose betreffend die Erreichung der

80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit erscheine aufgrund der tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung, dem dysfunktionalen Krankheitskonzept sowie der Ablehnung der leitlinienorientiert vorhandenen Veränderungsmöglichkeiten der Behandlung eher gering (Urk. 6/126/30). Sobald es um eine sinnvolle Änderung der Medikation, eine Intensivierung der Therapie im Sinne einer neuen stationären Behandlung oder einer konfrontierenden Therapie der Persönlichkeitsstörung gehe, verhalte sich der Beschwerdeführer kritisch ablehnend (Urk. 6/126/28). Das B.____ sah diese ablehnende Haltung durch die tiefgreifende Persönlichkeitsstörung begründet und erklärte unter anderem, der Beschwerdeführer habe grosse Angst vor neuen Medikamenten und neuen therapeutischen Massnahmen (Urk. 6/133/2 f.). Diese Ansicht vermag allerdings angesichts der Aktenlage nicht zu überzeugen. So ist beispielsweise nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer – angesichts des von ihm geschilderten grossen Leidensdrucks (Urk. 6/126/17 f.) – bis heute keinen erneuten stationären Aufenthalt angetreten hat, obwohl es sich dabei angesichts des bereits im Jahr 2017 stattgefundenen Aufenthalts in der D.____ (Urk. 6/20/2) nicht um eine neue Therapieform handeln würde. Vielmehr bezeichnete er die dortige Behandlung als « Geschwätz » (Urk. 6/126/17 und 27). Auch eine Erhöhung der bisher eingenommenen und offenbar gut vertragenen antidepressiven Medikation (Trittico, Urk. 6/126/27) wurde soweit ersichtlich bis heute nicht vorgenommen, was sich nicht mit der Angst vor neuen Medikamenten erklären lässt. Dass sich der Beschwerdeführer auf neue Massnahmen, wie Ergotherapie und Biofeedback einlassen konnte, lässt wiederum darauf schliessen, dass das Hauptaugenmerk der Therapie offenbar weiterhin auf der Somatisierungsstörung liegt und nicht auf dem vom Gutachter geforderten Fokus auf die Persönlichkeitsstörung mit dem primären Krankheitsgewinn (vgl. Urk. 6/133/2, Urk. 6/126/30).

Die durch

Prof. A.____

postulierte schwierige Prognose ist vor diesem Hintergrund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der nicht durchwegs vorhandenen Behandlungsbereitschaft des Beschwerdeführers zuzuschreiben. 4. 5

Was schliesslich den während des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht des B. ____ vom 11. Mai 2020 angeht, so ist zu berücksichtigen, dass dieser entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (Urk. 8) im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu berücksichtigen ist. Dieser Bericht datiert vom 11. Mai 2020 und wurde damit nach Verfügungserlass erstellt (Urk. 9, Urk. 2 S. 1). Zudem befasst er sich mit der aktuellen psychischen Situation des Beschwerdeführers nach Wiederaufnahme der Therapie am 9. Januar 2020, nachdem diese offenbar seit dem 18. Juli 2019 – also für knapp sechs Monate – sistiert worden war (Urk. 9).

Der Bericht erlaubt daher keine Rückschlüsse auf die bis zum 19. September 2019 (Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens, Urk. 2) gegebene Situation (Urteil des Bundesgerichts 9C_235/2016 vom 26. Januar 2017 E. 4.2). Zudem ergibt sich daraus eine weitgehend unveränderte – respektive im Vergleich zu ihrem Bericht vom 4. Juli 2019 sogar noch eine leicht höhere – Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 30-40 % (Urk. 9 S. 2, vgl. Urk. 6/133/3).

Daher ist nicht ersichtlich, inwiefern daraus zusätzliche Erkenntnisse gewonnen werden könnten, welche die gutachterliche Einschätzung infrage stellen könnten.

Zusammengefasst ist daher auf das beweiskräftige psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten abzustellen, wonach der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2016 in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. Eine weitergehende medizinische Abklärung erweist sich daher als nicht notwendig. 5.

5.1

Für den Rechtsanwender ist eine medizinische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen nicht ohne Weiteres verbindlich. Es kann davon abgewichen werden, ohne dass ein Gutachten

seinen Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweis). Grundsätzlich soll für sämtliche psychischen Leiden ein indikatorengelitetes Beweisverfahren gemäss BGE

141 V 281 Anwendung finden (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 und 143 V 418 E. 7.1), das Aufschluss über das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen geben soll (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Dabei

ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die 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 die beigezogenen Gutachten

– allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 5.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.3.5.3.1

Hinsichtlich des Komplexes der Gesundheitsschädigung ist zum Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

festzuhalten, dass der Gutachter angesichts der geschilderten Symptomatik eine Anpassungsstörung (Angst und depressive Reaktion gemischt), eine Somatisierungsstörung sowie eine kombinierte spezifische Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, perfektionistischen und impulsiven Zügen diagnostizierte (Urk. 6/126/25). Dabei wies er auf ein deutlich ausgeprägtes depressives Syndrom, jedoch auch auf eine stark dramatisierte Schilderung der Symptomatik hin (Urk. 6/126/22). Insgesamt ist daher eher auf eine leichte bis mittlere Ausprägung des psychischen Gesundheitsschadens zu schliessen.

Zum Indikator Behandlungserfolg oder – resistenz legte Prof. A. ___ dar, dass sich der Beschwerdeführer gegenüber Behandlungen sehr skeptisch zeige. Insbesondere habe er die Erhöhung der offenbar gut vertragenen Trinitico-Medikation sowie einen erneuten stationären Aufenthalt bisher abgelehnt. Aktuell befinde er sich in psychotherapeutischer Behandlung und auch die Medikation mit Trinitico werde weitergeführt. Ferner sollte das depressive Syndrom mit einer leitliniengerechten Therapie spätestens nach einigen Monaten deutlich rückgängig sein (Urk. 6/126/27). Insgesamt ergibt sich daraus, dass der Beschwerdeführer immerhin gewisse Bemühungen anstellt, seinen Gesundheitszustand zu verbessern, jedoch die Behandlungsmöglichkeiten nicht vollständig ausschöpft.

Hinsichtlich des Indikators des Eingliederungserfolgs ist zwar positiv zu werten, dass der Beschwerdeführer an einem Belastbarkeits- sowie Aufbautraining teilgenommen hat (Urk. 6/38, Urk. 6/57). Allerdings hat er bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens keine weiteren Bemühungen getätigt, sich einzugliedern. Daher kann nicht von einer manifesten

Eingliederungsresistenz

ausgegangen werden.

Bezüglich der relevanten Komorbiditäten ist zu erwähnen, dass sich die drei diagnostizierten psychischen Störungen gemäss Gutachten in der Kombination gegenseitig verschlechternd auswirken, was entsprechend zu berücksichtigen ist (Urk. 6/126/28). 5.3.2

Betreffend den Komplex «Persönlichkeit» ist zu erwähnen, dass der Gutachter eine Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, perfektionistischen und impulsiven Zügen diagnostizierte. Insbesondere die perfektionistischen Persönlichkeitszüge halten den Beschwerdeführer davon ab, eine ausreichende Quantität der Arbeit abzuliefern. Damit kommt der Persönlichkeitsstruktur durchaus eine ressourcen hemmende Wirkung zu (Urk. 6/126/25 f.). 5.3.3

Der soziale Kontext des Beschwerdeführers hält dahingehend Ressourcen bereit, dass er seit Jahren eine stabile Partnerschaft mit seiner Freundin führt, welche – zusammen mit ihren Eltern – eine Unterstützung im sozialen Umfeld darstellt (Urk. 6/126/26 f.). 5.3.4

Zum

entscheidenden

Indikator «Konsistenz» hielt der Gutachter fest, dass eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen besteht (Urk. 6/126/27). Dies ist mit den Schilderungen des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf vereinbar, wonach er insbesondere das Kochen früher geliebt habe, jedoch heute überfordert sei und nur noch selten ins Fitness gehe. Dennoch erwähnte er, dass er meist das Kochen übernehme. Ferner ist es ihm immer noch möglich, in die Ferien zu verreisen, auch wenn dies mit Anstrengungen verbunden ist. Zudem fährt er noch Auto, wenn auch nicht mehr weite Strecken (Urk. 6/126/20). Insgesamt ergibt sich daraus eine durchaus vorhandene, aber eher geringfügige Einschränkung des Aktivitätsniveaus.

Hinsichtlich des Leidensdrucks ist zu erwähnen, dass gemäss Gutachten ein extremer Leidensdruck bestehe, dieser beziehe sich allerdings auf die im Vordergrund stehende, immer wiederkehrende körperliche Symptomatik und die Symptome des depressiv-ängstlichen Syndroms. Die Fokussierung und gedankliche Einengung auf diesen Symptombereich entspreche einem primären Krankheitsgewinn im Sinne der Vermeidung der Auseinandersetzung mit den zugrundeliegenden Störungen (Urk. 6/126/27). Damit lässt sich ein relevanter Leidensdruck jedenfalls nicht in Abrede stellen. 5.3.5

In Anbetracht der leichten bis mittelgradigen Ausprägung des psychischen Gesundheitsschadens, der Komorbiditäten, der ressourcenhemmenden Persönlichkeitsstruktur sowie des reduzierten Aktivitätsniveaus und des durchaus vorhandenen Leidensdrucks kann die gutachterlich angegebene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 80 % – respektive die 20%ige Einschränkung – in einer angepassten Tätigkeit auch mit Blick auf die Standardindikatoren nachvollzogen werden. 6.

Davon ausgehend hat die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad korrekt anhand eines Einkommensvergleichs ermittelt (Urk. 2 S. 2, Urk. 6/138/1). Dieser wurde seitens des Beschwerdeführers weder im Vorbescheid- noch im Beschwerdeverfahren beanstandet (vgl. Urk. 6/105

Urk. 1 S. 2 ff.), und es besteht auch kein Anlass für eine abweichende Beurteilung. So stützte sich die Beschwerdegegnerin für das Valideneinkommen zu Recht auf den Arbeitgeberfragebogen der Y.____, wonach der Beschwerdeführer im Jahr 2016 Fr. 69'600.-- verdient habe (Urk. 6/16/4). Ausgehend davon resultiert ein Valideneinkommen für das massgebende Jahr 2017

(frühestmöglicher Rentenbeginn bei krankheitsbedingter Niederlegung der Arbeit am 9. September 2016 und Anmeldung bei der Invalidenversicherung am 29. Januar 2017,

vgl. Urk. 6/5/2, Art. 28 Abs. 1 lit . b und c in Verbindung mit

Art. 29 Abs. 1 IVG) von Fr. 69'878.40 (Fr. 69'600.-- x 1.004 [Nominallohnentwicklung 2017, vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle T 39, Männer]).

Sodann legte die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 fest. Angepasst an die Nominallohnentwicklung 2017 ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 53'656.50 in einem zumutbaren 80 %-Pensum (Urk. 6/138/1).

Gründe für einen Leidensabzug sind keine ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Der ermittelte rentenauschiessende

Invaliditätsgrad von 23 % erweist sich damit als korrekt.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200. -- bis

Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Diese sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe , unter Beilage des Doppels von Urk. 11 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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