

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00795 vom 2. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00795

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00795 du 2 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00795 del 2 aprile 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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung

(IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte 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, 13

E. 1.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

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

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

E. 1.5

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).

E. 1.6

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel

eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Aus dem psychiatrischen Gutachten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund psychiatrischer Diagnosen seit dem Jahr 2009 in jeglicher Tätigkeit zu 20 % eingeschränkt sei. Damit ein Anspruch auf Leistungen entstehen könne, müsse das gesetzliche Wartejahr, während dessen eine durchschnittliche Arbeitsfähigkeit von 40 % vorliegen müsse, erfüllt sein. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall. Das Wartejahr sei zu keinem Zeitpunkt erfüllt worden. Somit bestehe kein Leistungsanspruch (S. 1). Die Verfügung vom 17. März 2017 sei durch das Gerichtsurteil aufgehoben worden, weshalb die älteren Abklärungen und Stellungnahmen durch neue Erkenntnisse revidiert werden könnten und nicht mehr verbindlich seien. Daher habe man Leistungsansprüche ab Anmeldung vom 2. April 2011 geprüft. Das ärztliche Gutachten sei vom RAD geprüft worden. Der behandelnde Dr. Z.____ stehe dem Patienten sehr nahe, was zu abweichenden Informationen zwischen Gutachter und Arzt führe. Es seien im Einwand keine neuen medizinischen Erkenntnisse erbracht worden (S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), sein rechtliches Gehör sei verletzt worden, da die Beschwerdegegnerin sich mit seinen

Vorbringen nicht auseinandergesetzt habe. Weiter treffe es nicht zu, dass das Wartejahr nicht erfüllt sei, denn gemäss übereinstimmender Einschätzung von RAD und Dr. Z.____ habe von April 2009 bis November 2012 eine vollständige und ab November 2012 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit bestanden. Auch der

Gutachter gehe von einer Wiedereingliederungsfähigkeit beginnend mit einem Pensum von 50 % aus (S. 8). Weiter könne aus näher dar gelegten Gründen auf das psychiatrische Gutachten nicht abgestellt werden, insbesondere zeige Dr. Z.____, dass die Abklärungstiefe ungenügend gewesen sei (S. 9). 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers und die Frage, ob er einen Rentenanspruch hat. Berufliche Massnahmen wurden nicht mehr beantragt. 3.

E. 3

In der Folge holte die IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten ein (Urk. 9/243). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/244; Urk. 9/250; Urk. 9/253; Urk. 9/259), in dessen Rahmen eine ergänzende Stellungnahme des Gutachters (Urk. 9/256) eingeholt wurde, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Oktober 2019 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 9/261 = Urk. 2). 2.

Am 7. November 2019 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 4. Oktober 2019 (Urk. 2) mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache einer Rente, eventuell Einholung eines Obergutachtens (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Dezember 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), wovon der Beschwerdeführer am 13. Januar 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinander setzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/ dd mit Hinweis, 118 V 56 E. 5b). Der Mangel eines nicht oder nur ungenügend begründeten Entscheides kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rechtsmittelverfahren geheilt werden, sofern die fehlende Begründung in der Vernehmlassung der entscheidenden Behörde zum Rechtsmittel enthalten ist oder den beschwerdeführenden Parteien auf andere Weise zur Kenntnis gebracht wird, diese dazu Stellung nehmen können und der Rechtsmittelinstanz volle Kognition zukommt (BGE 107 Ia 1). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann es jedoch nicht der Sinn des durch die Rechtsprechung geschaffenen Instituts der Heilung des rechtlichen Gehörs sein, dass Versicherungsträger sich über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehenden Gerichtsverfahren behoben würden. Der Umstand, dass eine solche Heilungsmöglichkeit besteht, rechtfertigt es demnach nicht, auf die Anhörung des Betroffenen vor Erlass eines Entscheides zu verzichten. Denn die nachträgliche Gewährung des rechtlichen Gehörs

bildet häufig nur einen unvollkommenen Ersatz für eine unterlassene vorgängige Anhörung. Abgesehen davon, dass ihr dadurch eine Instanz verloren gehen kann, wird der betroffenen Person zugemutet, zur Verwirklichung ihrer Mitwirkungsrechte ein Rechtsmittel zu ergreifen. Von der Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist nach dem Grundsatz der Verfahrensökonomie dann abzusehen, wenn dieses Vorgehen zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem gleichlaufenden und der Anhörung gleichgestellten Interesse der versicherten Person an einer möglichst beförderlichen Beurteilung ihres Anspruchs nicht zu vereinbaren sind (BGE 120 V 357 E. 2b, 116 V 182 E. 3c und d).

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Begründung der angefochtenen Verfügung auf das von ihr eingeholte psychiatrische Gutachten und verneinte gestützt darauf die Anspruchsvoraussetzung des erfüllten Wartejahrs. Sie ging davon aus, dass im Einwandverfahren keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorgebracht worden seien. Darin ist grundsätzlich keine ungenügende Begründung zu erblicken. Selbst wenn dadurch eine Gehörsverletzung begangen worden wäre, ist sie der Heilung im vorliegenden Gerichtsverfahren zugänglich. Anlass für eine Rückweisung aus diesem Grund besteht nicht. 4. 4.1

Die medizinische Aktenlage im Zeitpunkt der anspruchsverneinenden Verfügung vom 2. Dezember 2013 (Urk. 9/124) präsentierte sich wie folgt: 4.2

Med. pract. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte auf Grund seiner versicherungspsychiatrischen Untersuchung mit Bericht vom 11. November 2010 (Urk. 9/13 /12-20) folgende Diagnosen (S. 8): - depressive Störung leichten bis mittleren Grades (ICD-10 F32.0/32.1) - gemischte Angststörung (ICD-10 F41.3) - posttraumatische Stresssymptomatik, ohne die Kriterien der eigenständigen Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zu erreichen

Was das Unfallereignis vom 9. April 2009 angehe, bei welchem der Beschwerdeführer als PW-Lenker unverschuldet eine Heckauffahrkollision mit Halswirbelsäulen-Distorsion erlitten und anschliessend vom Unfallverursacher bedroht worden sei, so sei von einer als überwiegend wahrscheinlich anzunehmenden Teilkausalität auszugehen (S. 8). Beim ansich differenzierten und auch motivierten Beschwerdeführer, welcher bereits von den beiden bisherigen Psychotherapien habe profitieren können, sei - unter Annahme einer weiterführenden, regelmässigen psychotherapeutischen Behandlung ab Anfang 2011 - in einem Zeitraum bis Sommer 2011 durchaus mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit zu erwarten (S.

9). 4.3

Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, welche den Beschwerdeführer seit dem 24. Oktober 2008 behandelte (Ziff. 1.2), diagnostizierte mit Bericht vom 2. Mai 20

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Dr. Z.____ nahm am 27. April 2018 (Urk. 9/233) erneut Stellung und hielt fest, es habe seit seinem letzten Bericht vom Mai 2016 keine wesentlichen Veränderungen gegeben (Ziff. 2.1). Die psychische Symptomatik und der soziale Rückzug mit sozialer Isolation verstärkten sich gegenseitig (Ziff. 2.2). Dr. Z.____ stellte folgende Diagnosen (Ziff. 2.5): - Angsterkrankung mit sozialer Phobie und starkem Vermeidungsverhalten (ICD-10 F40.1) - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11 Aufgrund der fehlenden Tagesstruktur, kaum Erleben von Selbstwirksamkeit und geringen Aussichten auf eine der aktuellen Leistungsfähigkeit angepassten Arbeitsstelle (ca. 50 %), bestehe das Risiko einer weiteren Verschlechterung der psychischen Symptomatik. Erneute berufliche Massnahmen könnten ein wichtiger Beitrag zur psychischen Stabilisierung sein (Ziff. 2.7). Aufgrund der sozialen Ängste bestünden im interpersonellen Bereich Beeinträchtigungen. Der Beschwerdeführer fühle sich häufig ausgegrenzt, unerwünscht und benachteiligt. Er begegne anderen Menschen mit Misstrauen und habe aufgrund bisheriger Erwartungen eine pessimistische Erwartungshaltung. Die Gruppenfähigkeit (Teamarbeit), Selbstbehauptungsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit in nahen Beziehungen, Kontaktfähigkeit zu Dritten seien schwer beeinträchtigt. Die ständige emotionale und vegetative Aktivierung beeinträchtige auch die Flexibilität, Durchhaltefähigkeit und Spontanaktivität mindestens mittelgradig. Die Verkehrsfähigkeit im öffentlichen Verkehr sei wegen der Ängste auch beeinträchtigt (Ziff. 3.4). Die bisherige und eine angepasste Tätigkeit seien zu etwa vier Stunden täglich zumutbar (Ziff. 4.1-4.2).

E. 6.2

Was den Untersuchungsbericht von med. pract. D.____, RAD, angeht, so vermag er als verwaltungsinterner Untersuchungsbericht zwar grundsätzlich eine genügende Grundlage bilden, um ein Verfahren abzuschliessen. Damit ihm Beweiswert zukommt, hat er jedoch den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen zu genügen. Sein Bericht erweist sich in verschiedener Hinsicht als unvollständig. So setzt er sich mit den Ergebnissen der beruflichen Massnahmen - mit Ausnahme des Hinweises auf das für den Beschwerdeführer ungeeignete Belastungsprofil bei E.____ - nicht auseinander. Insbesondere fehlt eine Auseinandersetzung mit dem letzten Arbeitsversuch bei der Firma G.____ im Jahre 2015. Hier erreichte der motivierte Beschwerdeführer

trotz unbestrittenermassen wohl wollen dem und idealem Umfeld lediglich eine Leistungsfähigkeit von 50-70 % im Rahmen einer Präsenz von 60 %. Angesichts des in Art. 18a IVG statuierten Ziels, mittels Arbeitsversuchs die tatsächliche Leistungsfähigkeit im Arbeitsmarkt abzuklären, ist dessen Ergebnis vom untersuchenden Gutachter zu würdigen. Dies gilt umso mehr, als vorliegend der Arbeitsversuch Anlass für die vertiefte medizinische Abklärung war, weil die angestrebte Leistungsfähigkeit nicht erreicht werden konnte. Sodann ergibt ein Vergleich mit den von Dr. Z.____ erhobenen Befunden eine erhebliche Diskrepanz. Dies betrifft insbesondere das Vorhandensein beziehungsweise das Fehlen der für eine soziale Phobie laut RAD typischen Angstsymptome. Aber auch die hinsichtlich einer Depression erhobenen Befunde unterscheiden sich deutlich voneinander, nicht zuletzt auch in Bezug auf die Suizidalität. Aufgrund dessen bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit der Befunderhebung durch den RAD. Weiter setzt sich med. pract. D.____ nicht mit den Beurteilungen von Dr. Z.____ und dem damals zuständigen RAD-Arzt med. pract. C.____ auseinander, welche übereinstimmend von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in angepasster Tätigkeit ausgingen. In dieser Hinsicht findet sich einzig die Bemerkung,

wonach Dr. Z. ___ nicht zwischen den Formen der Angst störung (Agoraphobie, soziale Phobie) differenziere, weshalb seine Schätzung der Arbeitsunfähigkeit hier auch nicht differenziert erfolgen könne. Damit bleibt auch offen, ob med. pract . D. ___ s Einschätzung, die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage lediglich 20 %, auf eine andere Einschätzung des gleichen medizinischen Gesundheitszustandes oder auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes oder auf die fehlende Schlüssigkeit der früheren Beurteilungen zurückzuführen ist. Ungeklärt ist auch, ab welchem Zeitpunkt die von med. pract . D. ___ festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 20 % in angepasster Tätigkeit gelten soll. Damit bestehen Zweifel an der Vollständigkeit, Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des RAD-Untersuchungsberichts, weshalb - wollte die Beschwerdegegnerin ohne die Einholung eines versicherungsexternen Gutachtens entscheiden - ergänzende Abklärungen hätte vornehmen müssen. Dies erfolgte indessen nicht, sondern der RAD-Untersuchungsbericht stellt seit Erlass des Rückweisungsurteils nach beinahe drei Jahren die einzige von der Beschwerdegegnerin veranlasste Abklärung dar. Damit erweist sich die medizinische Aktenlage in psychiatrischer Hinsicht als – weiterhin - unzureichend abgeklärt.

E. 6.2.1

Dr. med. H. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem am 15. Oktober 2018 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 9/243) folgende Diagnosen (S. 54): - rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4) - Persönlichkeitsakzent mit ängstlich-vermeidenden, selbstunsicheren, dependenten und kränklichen Anteilen (ICD-10 Z73.1) Aus den Akten lasse sich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit vergangenen leichten bis maximal mittelgradigen depressiven Episoden postulieren. Einschränkung müsse aber festgehalten werden, dass zum zeitlichen Verlauf der Episoden wenig bekannt sei, das ICD-10 fordere eine mindestens zweiwöchige Symptompersistenz (S. 54 unten). Das «somatische Syndrom» sei von Dr. Z. ___ im Mai 2016 erstmals genannt worden und beinhalte einen Interessenverlust, einen Mangel an Aufhellbarkeit, Schlafstörungen und Appetenzstörungen sowie psychomotorische Auffälligkeiten, wobei mindestens vier der gelisteten Symptome eindeutig festzustellen seien. Einerseits sei in diesem Bericht keine genügende Zahl dieser somatischen Symptome erwähnt und andererseits bestehe Grund zur Annahme, dass Merkmale des somatischen Symptoms, beispielsweise der erwähnte Interessenverlust , zur Beschreibung des depressiven Schweregrades verwendet worden seien, was den diagnostischen Leitlinien widerspreche. Der Schweregrad der depressiven Episode sei unabhängig von «somatischen Symptomen» zu definieren (S. 55 oben). Aufgrund der über Jahre mehrfach konsistent geschilderten Vorgeschichte des Exploranden sowie aufgrund der wiederholten psychiatrischen Untersuchungen sei von einem Persönlichkeitsakzent und nicht von einer Persönlichkeitsstörung auszugehen. Diagnostisch seien Persönlichkeitsstil, -akzent und -störung dadurch zu differenzieren, indem der Stil auch unter stressvollen Bedingungen keine signifikante Beeinträchtigung in Erleben und Verhalten verursache, der Akzent hingegen unter erheblichem, emotionalem Stress zur zeitlich limitierten Einschränkung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit, inklusive der Arbeitsfähigkeit, führen könne, sich jedoch gleichzeitig von einer entsprechenden Störung durch das Fehlen einer tiefgreifenden und schwer korrigierbaren Verhaltens- und Erlebensrigidität seit der Jugend oder dem frühen Erwachsenenalter in den meisten Lebenslagen mit zeitlich überdauernder Beeinträchtigung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit

unterscheidet. Demnach sei beim Exploranden aufgrund der Akteninformationen ein Persönlichkeitsakzent und keine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren. Aufgrund der Aktenlage stelle sich der Persönlichkeitsakzent ängstlich-vermeidend, selbstunsicher und dependent mit kränkbaren Anteilen (ICD-10 Z73.1) dar (S. 55 Mitte).

E. 6.2.2

Anamnestisch und aktenanamnestisch lasse sich zudem der Tod eines Familienangehörigen (ICD-10 Z63.4) festhalten. Unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Informationen könne eine emotionale Vernachlässigung während der Kindheit (ICD-10 Z62.4) nicht bestätigt werden (S. 55 unten). Eine Agoraphobie oder eine soziale Phobie lasse sich weder durch die aktenkundigen psychopathologischen Befunde noch durch die aktuelle Untersuchung bestätigen, diese hielten einer diagnostischen Kriterienprüfung gemäss ICD-10 nicht stand. Die diagnostischen Kriterien für mindestens zwei vergangene, leichte bis maximal mittelgradige depressive Episoden seien aktenkundig erfüllt und es lasse sich daher diagnostisch eine aktuell vollständig remittierte, rezidivierende depressive Störung festhalten (S. 56).

E. 6.2.3

Die frühe persönliche Entwicklung des Exploranden stelle sich selbstdeklariert bis mindestens zum 29. Altersjahr unauffällig dar. Erste gesundheitliche Auffälligkeiten seien im Jahr 2008 im Rahmen einer selbstdeklarierten Mobbing-Situation am Arbeitsplatz aktenkundig und weitere gesundheitliche Auffälligkeiten seien aufgrund eines Verkehrsunfalls im Folgejahr 2009 dokumentiert. Bei einer unauffälligen persönlichen und beruflichen Vorgeschichte stellten die beiden Ereignisse in den Jahren 2008 und 2009 keine Belastungsfaktoren dar, welche beispielsweise einer akuten Belastungssituation (ICD-10 F43.0) nahe kämen und die mentale Gesundheit nachhaltig zu beeinträchtigen vermöchten. Agoraphobien oder soziale Phobien entstünden in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter und stellten eigenständige Krankheitsbilder dar, welche keine psychosozialen Belastungen voraussetzten oder durch solche erzeugt würden. Es sei weder eine emotionale Vernachlässigung während der Kindheit noch eine in der Schweiz offenkundige Schwierigkeit bei der kulturellen Eingewöhnung nachvollziehbar. Auch lasse sich keine feindliche Diskriminierung oder Verfolgung geltend machen. Aktuell liege auch kein depressives Geschehen vor. Andererseits liessen sich gegenwärtig eine Reihe psychosozialer Faktoren mit ungünstiger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Exploranden darlegen. Zum einen sei eine zunehmende konditionierte Hilflosigkeit mit Übernahme von Funktionen durch Dritte erkennbar, ohne ersichtliche Bemühungen oder Versuche, die früher zweifelsfrei vorhandene Selbständigkeit in allen Lebensbereichen wiedererlangen zu wollen. Zweitens liege ein Rentenbegehren vor, welches sich zumindest teilweise auf die gefestigte Überzeugung stütze, von der Gesellschaft ausgestossen und stigmatisiert zu sein. Drittens fehle eine Tagesstruktur, welche notwendig sei, um eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wirksam werden zu lassen. Viertens stelle sich die vergangene Therapieadhärenz des Exploranden den geklagten Beschwerden entsprechend ungenügend dar. Die psychischen Ressourcen des Exploranden stellten sich weitgehend intakt dar. Weder die Konzentration noch die Auffassung seien beeinträchtigt. Grundsätzlich bestehe auch ein ausreichendes Mass an Anpassungsfähigkeit, wie die bisherigen Integrationsmassnahmen zeigten (S. 57). Auch die Belastbarkeit während der Präsenz stelle sich im Rahmen der vergangenen Arbeitsprozesse ausreichend dar, was durch die stattgehabten Evaluationen, beispielsweise durch die I.____, ausreichend

belegt sei. Das durch den Exploranden und die Behandler angeführte Vermeidungsverhalten stelle sich aktenkundig als die geltend gemachte, massgebliche Behinderung bei der beruflichen Leistungserbringung dar. Da es sich aus Sicht des aktuellen Gutachtens dabei aber nicht um ein rigides, sondern um ein erlerntes und adaptives Verhalten handle, lasse sich daraus keine zeitlich überdauernde Beeinträchtigung der Leistungserbringung am Arbeitsplatz herleiten (S. 58 oben).

E. 6.2.4

Der Explorand habe anlässlich der Begutachtung ein soziales Umfeld, bestehend aus Personen innerhalb und ausserhalb der Primärfamilie und einen sich daraus ergebenden adäquaten sozialen Kontakt beschrieben, welcher bis mindestens in das Jahr 2008 gereicht habe. Dabei hätten engere und weniger enge Beziehungsstrukturen sowie eine partnerschaftliche Beziehung, wie dies der Normalität entspreche, bestanden. Das Leben in der gegenwärtigen Partnerschaft sei durch den Exploranden zudem als stützend beschrieben worden. Dementsprechend stelle sich das Sozialleben des Exploranden bis mindestens zum Jahr 2008 normal und nicht habituell limitiert dar. Ein sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen sei aktuell schwer nachvollziehbar, aber gleichzeitig aufgrund einer derzeit fehlenden domizil-ergotherapeutischen Massnahme auch nicht abschliessend beurteilbar. Ähnliche Überlegungen seien zur selbstdeklarierten und weitgehend fehlenden Tagesstruktur anzustellen. Zum heutigen Zeitpunkt könne lediglich eine Unterstützung durch den Lebenspartner festgehalten werden, welche jedoch durch eine in den letzten Jahren stattgefundene Ausweitung derzeit auch negative Auswirkungen mit sich bringe (S. 58 Mitte). Die bisherigen Rehabilitations- und Eingliederungsbemühungen hinsichtlich einer beruflichen Erstausbildung oder hinsichtlich einer Beschäftigung im freien Arbeitsmarkt als ungelernete Kraft könnten nicht als gänzlich erfolglos bezeichnet werden, auch wenn es bei diesen Bemühungen zu wiederholten Abbrüchen und daher bis heute nicht zu einem Abschluss einer Berufsausbildung oder zu einer Festanstellung im freien Arbeitsmarkt gekommen sei. Die bisherigen Rehabilitations- und Eingliederungsbemühungen hätten zumindest das Potential des Exploranden ersichtlich werden lassen und dabei deutlich gezeigt, dass der Explorand hinsichtlich seiner körperlichen, mentalen und sozialen Fähigkeiten grundsätzlich zu einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit bei einer 60-70%igen Präsenzzeit in der Lage sei. Zudem lasse sich diese Performance mit adäquater Ausschöpfung der therapeutischen Möglichkeiten erheblich steigern. Die Eingliederungsmassnahmen hätten zudem gezeigt, dass der Explorand begonnene Arbeitsprozesse aufgrund einer Antizipation von Misserfolgen sowie aufgrund einer erhöhten Kränkbarkeit abgebrochen habe. Auch diese Situation lasse sich durch ein erlerntes und adaptives und damit veränderbares Verhalten beschreiben (S. 58 unten).

E. 6.2.5

Die teilweise fehlende Kooperation des Exploranden im Rahmen früherer ambulanter Behandlungen oder Wiedereingliederungsbemühungen stelle sich nicht krankheits-, sondern ressourcenbedingt dar, wobei es sich um mobilisierbare Ressourcen handle (S. 59). Die medikamentöse und ambulante therapeutische Behandlung sei lege artis, wobei in der Regel wöchentliche bis zweiwöchentliche Termine zu fordern seien. Es sei eine Gruppentherapie, eine Domizil-Ergotherapie oder eine tagesklinische Behandlung zu empfehlen (S. 60 oben).

E. 6.2.6

Zur Konsistenz und zur Plausibilität hielt Dr. H.____ fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und dem Verhalten des Beschwerdeführers. Er schildere seine Beschwerden, insbesondere die arbeitsbezogenen, oft vage und habe im Verlauf hinsichtlich des arbeitsrelevanten Beschwerdebildes wechselnde Argumentationen vorgebracht. So habe er im Wechsel von psychischen Beeinträchtigungen, körperlichen Beschwerden sowie von einem subjektiv beschwerlichen Arbeitsweg bis hin zu einer Verkehrsunfähigkeit gesprochen. Zusätzlich sei eine Unzufriedenheit mit dem Tätigkeitsbereich, eine selbstdeklarierte Stigmatisierung durch die iranische Nationalität, das Alter und eine fehlende Berufsbildung genannt worden. Demgegenüber habe sich der Beschwerdeführer während der Untersuchung vital, ohne Konzentrationsstörungen oder Zeichen der Ermüdung und ohne weitere objektivierbare psychopathologische Merkmale, welche eine Arbeitsunfähigkeit implizieren würden, gezeigt. Weiter seien die Symptome vage beschrieben worden, so dass beispielsweise keine Beurteilung des Ausprägungsgrades im AMDP-Befund möglich gewesen sei. Gleichzeitig seien die Beschwerden in hoch beeinträchtigender Intensität geschildert worden (S. 60). Es bestehe eine Diskrepanz zwischen subjektiv geschilderter Beeinträchtigung und Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe, indem der Beschwerdeführer zwischenzeitlich kein adäquates ambulantes Therapieangebot inklusive einer Pharmakotherapie in Anspruch genommen und keine Bereitschaft gezeigt habe, seine Beschwerden auch in stationärem oder zumindest teilstationärem Rahmen behandeln zu lassen. Aktuell scheine aber die Therapieadhärenz besser geworden zu sein. Zum psychosozialen Funktionsniveau im Alltag seien aktuell keine verwertbaren Informationen erhältlich. Er schildere seine Tagesroutine rudimentär und habe lediglich angegeben, zu Hause zu putzen. Die Erhebung des Tagesablaufs zeichne zudem das Bild eines praktisch pflegebeziehungsweise betreuungsbedürftigen Exploranden, was mit der aktuellen Untersuchungssituation erheblich kontrastiere. Die Frage, ob die Beschwerden appellativ und theatralisch vorgebracht würden, beantwortete der Gutachter mit ja. Dies e

Beschwerden würden einerseits vage und andererseits mit hohem Ausprägungsgrad und hohem Leidensdruck vorgetragen. Das appellative Verhalten sei im fünfständigen Explorationsverlauf evident geworden, da in der letzten Stunde der Exploration dieses anfänglich erheblich ausgeprägte Verhalten praktisch vollständig in den Hintergrund getreten sei. In der Gegenübertragungssituation sei teilweise das Gefühl des Unechten bei der Schilderung der de facto Pflegebedürftigkeit und Immobilität zu Hause entstanden. Andere Beschwerden wie Kontaktschwierigkeiten am Arbeitsplatz seien jedoch überzeugend vorgetragen worden (S. 61).

E. 6.2.7

Insgesamt hätten sich durch die Beschwerdevalidierung deutliche Hinweise auf eine Aggravation des Ausprägungsgrades der Beschwerden ergeben. Eine Simulation im engeren Sinne sei anlässlich der Begutachtung nicht zu erkennen gewesen (S. 62 oben). Da aktuell kein Einblick in die Tagesroutine des Exploranden möglich sei und dieser ausserhalb der Wohnung keiner geregelten Tätigkeit nachgehe, sei ein Vergleich des Aktivitätsniveaus in unterschiedlichen Lebensbereichen nicht möglich (S. 62 Mitte). Die geklagten Symptome stellten sich in der Gesamtschau mehrheitlich inkonsistent und unplausibel dar, weil die geltend gemachten agoraphobischen und sozialen Angst- und Vermeidungssymptome in einem rigid-ursächlichen Zusammenhang mit einer

«Mobbing»-Situation 2008 und einem Verkehrsunfall ohne Verletzungen im Jahr 2009 dargelegt würden. Die daraus abgeleitete subjektive Leistungseinschränkung werde durch den Exploranden deutlich überbewertet (aggraviert), insbesondere die subjektive Bewertung des eigenen «Vermeidungsverhaltens» mit de facto Immobilisierung in der eigenen Wohnung stelle sich überwertig dar. Unter optimaler Anpassung der Behandlung sei von einer intakten und höhergradigen Teilarbeitsfähigkeit in ungelernter Tätigkeit auszugehen (S. 62 unten).

E. 6.2.8

Die Beschwerdegegnerin habe korrekt festgestellt, dass eine soziale Phobie ein eigenständiges psychisches Leiden darstelle, welches nicht durch psychosoziale Faktoren ausgelöst werde. Dem sei zuzustimmen, jedoch sei ein anderer Schluss zu ziehen, nämlich dass beim Exploranden keine Ich-dystone, soziale Phobie mit hohem Leidensdruck und hoher Therapiemotivation vorliege, sondern das beobachtbare ängstlich-vermeidende Verhalten einem Ich-syntonen Persönlichkeitsakzent mit niederem Leidensdruck und bescheidener Therapiemotivation zuzuordnen sei (S. 63). Die arbeitsbezogenen und sozialen Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Exploranden seien aktenkundig. Er werde als sorgfältig arbeitend beschrieben, wobei ein hoher Perfektionsanspruch sich arbeitsverlangsamend auswirke. Er werde zudem als zurückhaltend und kontaktvermeidend beschrieben, aber nicht in einem Ausmass, welches sich hinsichtlich der Tätigkeiten gänzlich hindernd auswirke. Eine Kooperation am Arbeitsplatz sowie eine angemessene Respektierung von Vorgesetzten sei ebenfalls ausgewiesen. Es sei keine grundsätzlich fehlende Kooperationsbereitschaft im Längsverlauf festzustellen, vielmehr scheine der Explorand aufgrund der Schwierigkeiten, eine Arbeitsstelle zu finden, desillusioniert und resigniert zu sein (S. 64 oben). Isoliert betrachtet stellten weder die Persönlichkeitsakzentuierung noch die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung eine massgebliche Behinderung bei der beruflichen Wiedereingliederung dar. In Kombination trete nur dann eine vermehrte Belastung auf, wenn sich der Explorand in einer depressiven Episode befinde, was derzeit nicht der Fall sei, aber gleichwohl eine Fortführung der medikamentösen Prophylaxe bedinge. Es sei aber zu würdigen, dass Menschen mit rezidivierenden depressiven Störungen auch zu Zeiten einer Vollremission einer 100%igen Tätigkeit nicht gewachsen seien. Ein zeitnaher Wiedereinstieg im Teilpensum, mit adäquater Anpassung des Tätigkeitsprofils und zweckmässiger Begleitung sei zumutbar (S. 64 Mitte).

E. 6.2.9

Es seien mehrere nicht-medizinisch begründbare Faktoren der arbeitsrelevanten Leistungseinbusse erkennbar. So fühle sich der Beschwerdeführer als Opfer und werde von der Beschwerdegegnerin zu etwas gezwungen. Er zeige ein durch Widerstand geprägtes Verhalten. Das Rentenbegehren werde durch eine aktenkundige, wechselnde Argumentation ersichtlich, mit welcher der Explorand beziehungsweise sein Lebenspartner die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit darlegten, beginnend mit psychischen Beeinträchtigungen oder körperlichen Beschwerden nach dem Unfallgeschehen über einen subjektiv beschwerlichen Arbeitsweg bis hin zu einer Unzufriedenheit mit dem Tätigkeitsbereich oder einer selbstdeklarierten Stigmatisierung durch die iranische Nationalität, das Alter und die fehlende Berufsausbildung. Zudem sei eine de facto Beistandschaft durch den Lebenspartner evident (S. 64 f.). Der Beschwerdeführer scheine Interventionen abzulehnen, welche eine Selbstwirksamkeit voraussetzten, was mit dem von

dipl. med. D. ___ genannten Krankheitsgewinn in Einklang stehe. Gestützt werde diese Feststellung auch durch den Widerspruch einer ablehnenden Haltung des Explo ranten gegenüber einer Wiedereingliederung im Jahr 2017 und der gleichzeitigen Forderung seiner Rechtsvertretung nach beruflichen Massnahmen (S. 65).

E. 6.2.10

Bisher ausgewiesen seien frühere und auf das Erwachsenenleben zu datierende volle Arbeitsfähigkeiten sowie eine beobachtbare Mindestleistung im Rahmen der Eingliederungsbemühungen von 50 % Arbeitsfähigkeit mit 70 bis 80 % Präsenzzeit. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sollte als ungelernte Tätigkeit definiert werden, in der der Beschwerdeführer bereits tätig war oder eine entsprechende Aus bildung dazu absolviert habe (Bürobereich). Andere Tätigkeiten ohne Erfordernis eines Berufsabschlusses seien ebenso möglich. Ein s tar k vermindertes Rendement sei medizinisch nicht zu begründen. Es empfehle sich jedoch ein Wieder einstieg mit vier Stunden täglich mit langsamer Steigerung. Gestützt auf die aktenkundige frühere Leistungserbringung, die früheren mehrmonatigen Tätigkeiten am selben Arbeitsplatz und eine frühere maximale, wenngleich zeit lich limitierte, Präsenz von über 50 % lasse sich innert eines halben Jahres ein Pensum von 80 % erwar ten. Inwieweit eine Tätigkeit von 100 % möglich sein werde, könne aus heutiger Sicht nich t schlüssig beantwortet werden (S. 66).

E. 6.2.11

Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei naturgemäss schwierig. Eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Mobbing-Situation lasse sich versiche rungsmedizinisch nicht begründen. Ausgewiesene mittelgradige depressive Episoden gingen in der Regel mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit einher. Aufgrund der Aktenlage liessen sich leichte depressive Episoden nachvollziehen, welche in aller Regel kurze Arbeitsunfähigkeiten begründeten. Eine zeitlich limi tierte Arbeitsunfähigkeit nach erlittenem Verkehrsunfall lasse sich begründen, ungeachtet dessen, ob eine HWS-Distorsion vorgelegen habe. Ohne körperlichen Schaden lasse sich eine solche Arbeitsunfähigkeit aber nicht länger als einen Monat begründen, weil durch ein längeres Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess erhebliche Nachteile bezüglich Gesundheit und Wiedereingliederungsmöglich keiten entstünden. Demnach sei unter angemessener Mitwirkung seit mindestens Juni 2009 von einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit in ungelernter und angepasster Tätigkeit auszugehen (S. 67).

E. 6.2.12

Hinsichtlich des Tätigkeitsprofils sei festzuhalten, dass insoweit wesentliche Unterschiede zur bisherigen Tätigkeit als Senior Finance

Assistant bestünden, als der Beschwerdeführer auf eine klar strukturierte, ausführend und mehrheitlich selbständige Arbeit ohne engen Team- oder Kundenkontakt angewiesen sei , beispielsweise eine strukturiert-ausführende ungelernte Tätigkeit in den Berei chen Logistik oder Büro (S. 67 unten). Unter optimalen therapeutischen Bedin gungen und unter Wahrung einer angemessenen Beschwerdeanpassung der Tätigkeit bestehe keine Leistungseinschränkung. Im freien Arbeitsmarkt sei nach Ablauf eines halben Jahres von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen (S. 68).

E. 6.3

Dr. Z.____ führte in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2019 (Urk. 9/252) aus, der Beschwerdeführer habe in keiner Weise eine unbeschwerter, normale Kindheit und Jugend gehabt. Die Dr. Z.____ mitgeteilten Belastungen habe er anlässlich der Begutachtung nicht mitteilen können, da ihn die Fragen des Gutachters verunsichert und verängstigt hätten und er mit Schamgefühlen kämpfen müsse. Durch die Befragung seien Erinnerungen an Verhöre im Iran aktiviert worden. Er habe aber die Fassung bewahren können und versuche, in solchen Situationen oft sein inneres Erleben zu verbergen. Die starke Vermeidung belastender Themen habe sich auch in der Behandlung gezeigt, die Schilderungen seien jeweils von grosser innerer Anspannung, Ängsten und Schamgefühlen und starker Vermeidung der Thematik begleitet gewesen (S. 4 unten f.). Bei der Exploration eines Suizidversuchs habe der Beschwerdeführer Narben von Schnittwunden gezeigt. Die Möglichkeit, dass der Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Störung und des fehlenden Vertrauens gar nicht in der Lage gewesen sei, sich zu den erlebten Belastungen zu äussern, sei vom Gutachter gar nicht in Betracht gezogen worden (S. 5 oben). Es könne dem Gutachter beigespflichtet werden, dass keine typische soziale Phobie nach ICD vorliege. Der Einschätzung, dass kein eigenständiges psychisches Leiden vorliege, welches die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, müsse widersprochen werden. Die phobische Symptomatik sei Ausdruck einer tieferliegenden psychischen Störung, welche sich beim Referenten in ihrem ganzen Umfang erst im Laufe der Behandlung gezeigt habe. Die im Gutachten als Inkonsistenz dargestellten Diskrepanzen zwischen der erhobenen Biographie und den aktenkundigen Schilderungen habe damit zu tun, dass es bei der Begutachtung nicht gelungen sei, wichtige Daten aus der Biographie zu erheben. Es liege eine schwere psychische Störung im Sinne einer gemischten Persönlichkeitsstörung vor (S. 6 Mitte). Die im Gutachten erwähnte «zweifelsfrei früher vorhandene Selbständigkeit in allen Lebensbereichen» habe es aus Sicht des Referenten nie gegeben (S. 7). Gehe man von einer Persönlichkeitsstörung mit deutlicher sozialer Beeinträchtigung aus, so erschienen die geklagten Beschwerden nachvollziehbar. Die beschriebene ungenügende Therapieadhärenz könne teilweise auch durch die schwere psychische Störung erklärt werden. Aufgrund der grossen, aus Sicht des Referenten nicht überwindbaren Ängste habe sich der Beschwerdeführer bislang nicht in eine teilstationäre oder stationäre Behandlung begeben. Die früher veranlasste domizil-ergonomische Massnahme und das Expositionstraining hätten nur teilweise nachhaltig gefestigte Fortschritte erbracht. Die vom Gutachter festgehaltene vage Symptombeschreibung sowie Hinweise auf Aggravation des Ausprägungsgrades müsse in Bezug zur Persönlichkeitsstörung gesehen werden (S. 8).

E. 6.4

Dazu führte Dr. H.____ mit seiner Stellungnahme vom 31. Mai 2019 (Urk. 9/256) aus, die Angaben von Dr. Z.____ würden an seiner Einschätzung nichts ändern. Während der Exploration habe der Beschwerdeführer keine Tendenz zur Vermeidung biographischer Inhalte gezeigt. Dabei seien auch persönlich sensitive Themen wie die sexuelle Orientierung und eine dadurch mögliche familiäre oder gesellschaftliche Diskriminierung im Iran angesprochen worden. Der Beschwerdeführer habe keine schamhafte Vermeidung gezeigt und in offener und transparenter Weise detaillierte Auskünfte zu seinem früheren Leben im Iran erteilt (S. 2). Die stark abweichenden anamnestischen Angaben seien als Inkonsistenz festzuhalten. Welche durch den Exploranden geäusserten Anamnesevarianten der Wahrheit entsprächen, stelle keine medizinische Fragestellung dar. Die Mutmassung, dass die Krankheitsgeschichte für die jetzigen Einschränkungen und die Arbeitsfähigkeit sehr relevant sei, sei zu verneinen. Die Arbeitsfähigkeit werde nicht vorrangig durch

anamnestische Inhalte bestimmt, sondern stütze sich auf einen durch Fachgesellschaften empfohlenen Prozess. Eine anamnestische Diskrepanz im hier dargelegten Umfang lasse sich nicht krankheitsbedingt erklären. Ebenso wenig lasse sich eine vage Symptombeschreibung oder eine Tendenz zur Aggravation krankheitsbedingt erklären (S. 3). Die von Dr. Z.____ dargelegten funktionellen Einschränkungen des Exploranden stellten sich appellatorisch und medizinisch nicht begründbar dar (S. 4).

E. 6.5

Dazu entgegnete Dr. Z.____ mit Schreiben vom 28. August 2019 (Urk. 9/256/5-6), es sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. H.____ von einer grundsätzlichen Zurechnungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgehe, womit er dem Gutachter von sich aus hätte die wichtigsten anamnestischen Angaben mitteilen sollen. Der Beschwerdeführer sei erst nach jahrelanger Behandlung mit Vertrauensaufbau in der Lage gewesen, von seinem inneren Erleben und seiner Biographie zu berichten. Der Gutachter habe ungenau exploriert, und seine Aussage, wonach die Biographie nicht relevant sei für die jetzige Erkrankung und die Arbeitsfähigkeit, sei überhaupt nicht nachvollziehbar. Auch bei der Befunderhebung sei er selektiv vorgegangen (S. 1). 7. 7.1

Der Beschwerdeführer meldete sich am 2. April 2011 bei der Invalidenversicherung an (Urk. 9/5). Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, womit die Verhältnisse ab Oktober 2011 zu prüfen sind. Zu beachten ist zudem, dass gemäss Art. 29 Abs. 2 IVG der Anspruch nicht entsteht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann.

Vorab festzuhalten ist auch, dass das hiesige Gericht in seinem ersten Rückweisungsurteil vom 6. Mai 2014 die Arbeitsfähigkeit als nicht genügend abgeklärt betrachtete, um selber eine Entscheidung fällen zu können, und die Sache - auch im Sinne der Wahrung des zweifachen Instanzenzuges - zur gehörigen Begründung oder zur weiteren Abklärung zurückwies (vgl. vorstehend E. 4.8). Auch in seinem zweiten Rückweisungsurteil vom 29. November 2017 erachtete das hiesige Gericht die medizinische Aktenlage als weiterhin unzureichend abgeklärt (vgl. vorstehend E. 5.6). Den bis zum Gutachten von Dr. H.____ aufgelaufenen Akten können somit keine genügenden Angaben zur Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers entnommen werden, auch wenn den genannten Urteilen des hiesigen Gerichts Mutmassungen zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen sind. Vielmehr wurde die medizinische Aktenlage ausdrücklich als zu wenig klar erachtet. Wie nachfolgend zu zeigen ist, liegt nun mit dem Gutachten von Dr. H.____ erstmals eine vollständige und nachvollziehbare Beurteilung vor. Aufgrund des Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass dieser wie auch die Beschwerdegegnerin eine Einschätzung ab 2009 vornahm. Dr. H.____ erstattete sein Gutachten vom 15. Oktober 2018 unter Berücksichtigung sämtlicher für den Beweiswert notwendigen Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.7). Es erging unter sorgfältiger Prüfung der Akten und genauer Erhebung der Anamnese. Dr. H.____ führte eine fünfstündige eigene Untersuchung durch (vgl. S. 8 oben des Gutachtens) und legte seine Einschätzung wie auch seine von der bisherigen Aktenlage abweichende Meinung einlässlich dar und berücksichtigte die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen beachtlichen Standardindikatoren. Auf das Gutachten kann deshalb grundsätzlich abgestellt werden kann. 7.2

Dr. H.____ diagnostizierte eine aktuell remittierte rezidivierende depressive Störung sowie einen Persönlichkeitsakzent mit ängstlich-vermeidenden, selbstunsicheren, dependenten und kränklichen Anteilen (vorstehend E. 6.2). Bei letzterer handelt es sich um eine Z-Diagnose (ICD-10 Z73.1). Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen). Dass eine solche nicht vorliegt, hat Dr. Z.____ schlüssig begründet, indem beim Beschwerdeführer keine tiefgreifende und schwer korrigierbare Verhaltens- und Erlebensrigidität seit der Jugend oder dem frühen Erwachsenenalter in den meisten Lebenslagen mit zeitlich überdauernder Beeinträchtigung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit vorliege (vgl. vorstehend E. 6.2.1).

Dr. H.____ zeigte auf, dass das Vermeidungsverhalten, welches durch den Beschwerdeführer und die Behandler als die massgebliche Behinderung bei der beruflichen Leistungserbringung angeführt werde, auf ein erlerntes und adaptives und damit nicht krankheitswertiges Verhalten zurückzuführen ist, was keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag (vorstehend E. 6.2.3). Die teilweise fehlende Kooperation bei früheren Behandlungen oder Eingliederungsbemühungen stelle sich nicht krankheits-, sondern ressourcenbedingt dar, wobei es sich um mobilisierbare Ressourcen handle (E. 6.2.5). Dr. H.____ legte auch dar, weshalb keine soziale Phobie

vorliegt, sondern das beobachtbare ängstlich-vermeidende Verhalten dem Persönlichkeitsakzent mit niedrigem Leidensdruck und bescheidener Therapiemotivation zuzuordnen sei. Dr. H.____ hielt fest, dass weder die Persönlichkeitsakzentuierung noch die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung eine massgebliche Behinderung bei der beruflichen Eingliederung darstellten. Es trete nur dann eine vermehrte Belastung auf, wenn sich der Explorand in einer depressiven Episode befinde, was derzeit nicht der Fall sei (E. 6.2.8). Zudem seien mehrere nicht-medizinische Faktoren der arbeitsrelevanten Leistungseinbusse erkennbar; er fühle sich als Opfer und von der Beschwerdegegnerin zu etwas gezwungen, zeige ein durch Widerstand geprägtes Verhalten und eine wechselnde Argumentation, mit welcher die Arbeitsunfähigkeit dargelegt werde (psychische oder körperliche Beeinträchtigungen, subjektiv beschwerlicher Arbeitsweg, Unzufriedenheit mit dem Tätigkeitsbereich, selbstdeklarierte Stigmatisierung durch die Nationalität, das Alter, die Berufsbildung), und scheine Interventionen abzulehnen, welche eine Selbstwirksamkeit voraussetzten, wie dies auch

dipl. med. D.____ erkannt habe (E. 6.2.9).

Dr. H.____ legte schlüssig dar, dass sich eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Mobbing-Situation versicherungsmedizinisch nicht begründen lasse, und sich aufgrund der Aktenlage leichte depressive Episoden nachvollziehen liessen, welche in aller Regel kurzzeitige Arbeitsunfähigkeiten begründeten. Die HWS-Distorsion ohne körperlichen Schaden begründe maximal einen Monat Arbeitsunfähigkeit. Unter angemessener Mitwirkung sei seit mindestens Juni 2009 deshalb von einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit in ungelernter und angepasster Tätigkeit auszugehen, welche nach einem halben Jahr erreichbar sei (vorstehend E. 6.2.12). 7.3

Das Gutachten erging unter Beachtung und Berücksichtigung der Standardindikatoren (vgl. S. 57 ff. des Gutachtens). Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (vgl. vorstehend E. 1.5). Dazu führte Dr. H.____ aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Beschwerdeschilderung und dem Verhalten des Beschwerdeführers; die Beschwerdeschilderung sei vage und es werde wechselnd argumentiert. Entgegen der geschilderten Beeinträchtigungen habe er sich während der fünfständigen Begutachtung vital, ohne Konzentrationsstörungen oder Zeichen der Ermüdung sowie ohne weitere objektivierbare psychopathologische, eine Arbeitsunfähigkeit implizierende Merkmale gezeigt. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen subjektiv geschilderter Beeinträchtigung und Inanspruchnahme von therapeutischer Hilfe. Die Erhebung des Tagesablaufs habe das Bild eines praktisch pflegebedürftigen Exploranden gezeigt, was jedoch mit der Untersuchungssituation erheblich kontrastiert habe (vorstehend E. 6.2.6). Insgesamt hätten sich durch die Beschwerdevalidierung deutliche Hinweise auf eine Aggravation des Ausprägungsgrads der Beschwerden ergeben. Die geklagten Symptome hätten sich mehrheitlich inkonsistent und unplausibel dargestellt, weil die geltend gemachten agoraphobischen und sozialen Angst- und Vermeidungssymptome in einem rigid-ursächlichen Zusammenhang mit einer Mobbing-Situation und einem Verkehrsunfall ohne Verletzungen dargelegt würden. Die daraus abgeleitete subjektive Leistungseinschränkung werde deutlich überbewertet (vorstehend E. 6.2.7). 7.4

Wie in BGE 145 V 361 dargelegt, ist in allen Fällen durch die Verwaltungsweise das Gericht zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben. Dazu ist erforderlich, dass die Sachverständigen den Bogen schlagen zum vorausgehenden medizinisch-psychiatrischen Gutachtenstil (mit Aktenauszug, Anamnese, Befunden, Diagnosen usw.), das heisst sie haben im Einzelnen Bezug zu nehmen auf die in ihre Kompetenz fallenden erhobenen medizinisch-psychiatrischen Ergebnisse fachgerechter klinischer Prüfung und Exploration. Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Der psychiatrische Sachverständige hat darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (E. 4.3).

Dr. H.____ legte trotz der gezeigten Inkonsistenzen nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung auch bei vollständiger Remission einer 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht gewachsen sei (vgl. vorstehend E. 6.2.8). Ein stark vermindertes Rendement sei medizinisch jedoch nicht zu begründen (vgl. vorstehend E. 6.2.10). Damit ist auf seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer mindestens seit 2009 in einem Pensum von mindestens 80 % arbeitsfähig ist, abzustellen. Nachdem es sich dabei um eine klar strukturierte, ausführend und mehrheitlich selbständige Arbeit ohne engeren Team- oder Kundenkontakt in den Bereichen Logistik oder Büro handeln sollte (vgl. vorstehend E. 6.2.12), ist auch die letzte Tätigkeit bei Y.____ mitumfasst (vgl. den Tätigkeitsbeschrieb in Urk. 9/4/12). 7.5

Zum Beweiswert der Berichte von Dr. Z.____ kann auf die Feststellungen von Dr. H.____ verwiesen werden.

Zum Bericht von Dr. Z.____ vom 30. Mai 2011 (vorstehend E. 4.4) führte Dr. H.____ aus, der damalige psychopathologische Befund habe sich praktisch ausschliesslich auf subjektive Beschwerdeangaben ohne Beschreibung objektivierbarer Merkmale gestützt. Beispielsweise werde eine anamnestische Antriebsverminderung, Konzentrationsstörungen und Ermüdbarkeit erwähnt, ohne darzulegen, inwieweit diese Merkmale auch während der therapeutischen Sitzungen beobachtbar gewesen seien. Weiter sei der dargelegte psychopathologische Befund lediglich mit einer leichten depressiven Episode beziehungsweise einer Anpassungsstörung vereinbar, die Kriterien für die übrigen genannten Diagnosen liessen sich aus dem dargelegten Befund nicht herleiten. Insbesondere widerspreche eine Erstmanifestation einer sozialen Phobie nach einem Unfall im Alter von 35 Jahren den ICD-10 - Kriterien. Weiter enthalte dieser Bericht keine Abgrenzung der selbstdeklarierten Angstsymptomatik von einer Agoraphobie und beschreibe zudem keinen typischen Symptomverlauf, welcher mit einer Angststörung vergesellschaftet sei. Eine ununterbrochene, vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom 9. April 2009 sei deshalb nicht nachvollziehbar (S. 16 unten f.). Der Bericht von Dr. Z.____ vom 12. Juli 2013 (vorstehend E. 4.4) erwähne diagnostisch lediglich noch eine soziale Phobie mit Vermeidungsverhalten und arbeitsplatz-abhängige Krisen mit dem Gefühl der Ausgrenzung und Entwertung, was mit narzisstischen Krisen vereinbar sei. Der damalige psychopathologische Befund habe sich wiederum praktisch ausschliesslich auf subjektive Beschwerdeangaben ohne Beschreibung objektiver Merkmale gestützt und stelle einen Zusammenhang mit der Arbeitssituation fest. Der dargelegte psychopathologische Befund beschreibe eine euthyme Stimmungslage. Die Kriterien einer sozialen Phobie seien nicht erfüllt, und eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aufgrund des Befundes nicht nachvollziehen (S. 19). Im Bericht vom 8. Januar 2015 (vorstehend E. 5.1) stelle sich der psychopathologische Befund weitgehend blande dar, unklar bleibe wiederum, inwieweit die beschriebene ängstliche Anspannung mit «starker zugehöriger vegetativer Aktivierung bis zu Schwindel und Übelkeit» therapeutisch beobachtet oder lediglich durch den Exploranden berichtet worden sei. Die Stellungnahme vom 23. September 2016 (vorstehend E. 5.4) lasse sich zur retrospektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht verwenden. Der psychopathologische Befund beschreibe wie zu früheren Zeitpunkten eine erhebliche Zahl von subjektiven Beschwerdeangaben des Exploranden, welche dem affektiven Spektrum zuzuordnen seien, ohne präzise Nennung objektiver Merkmale wie Prosodie, Gestik, Mimik, Psychomotorik einer mittelgradigen depressiven Episode (S. 24 des Gutachtens). Diesen Bemerkungen ist nichts hinzuzufügen, zumal Dr. Z.____ selbst einräumte, dass - entgegen seiner früheren Beurteilung - keine typische soziale Phobie nach ICD vorliege (vgl. vorstehend E. 6.3).

Die Ausführungen von Dr. Z.____ zum Vertrauensverhältnis und den von ihm angenommenen Gründen, weshalb der Beschwerdeführer in der Gutachtenssituation angeblich nicht alle Belastungen mitteilen könne (vgl. vorstehend E. 6.3), zeigen geradezu exemplarisch die Unterschiede zwischen behandelndem Therapeuten und Gutachter auf. Dr. Z.____ steht in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und hat sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Berichte der Behandler verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes

und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). Wie durch Dr. H.____ aufgezeigt, erweisen sich die Berichte von Dr. Z.____ als zu ungenau, um darauf abstellen zu können. 7.6

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass gestützt auf das Gutachten von Dr. H.____ ab dem vorliegend massgeblichen Zeitpunkt (Oktober 2011) von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in jeder geeigneten Tätigkeit auszugehen ist. Dementsprechend beträgt der Invaliditätsgrad 20 % , was einen Rentenanspruch ausschliesst. 8.

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Karin Wüthrich - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin MosimannLienhard

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. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 11

(9/13 /1-4) eine Erschöpfungsdepression seit Oktober 2008 (ICD-10 F32.1) sowie einen Status nach Halswirbelsäulen-Distorsion im April 2009 (Ziff. 1.1). Noch während der attestierten Arbeitsunfähigkeit habe sich ein Autounfall ereignet mit den typischen Folgen einer Halswirbelsäulen-Distorsion, und der schon immer besorgte und sehr empfindliche Beschwerdeführer sei durch den Unfall in massivste Gesundheits- und Zukunftsängste geraten. Aktuell beklage der Beschwerdeführer anhaltende neuropsychologische Defizite: Konzentrationsschwäche, eingeschränkte Lernfähigkeit, Kopfschmerzen und Verspannungsschmerzen in der Halswirbelsäulen- und Schultergürtelmuskulatur (Ziff. 1.4). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise Erhöhung der Einsatzfähigkeit sei zu rechnen (Ziff. 1.9). 4.4

Dr. med.

Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit Mai 2010 psychiatrisch behandelte (Ziff. 1.2), nannte mit Bericht vom 30. Mai 2011 (Urk. 9/15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode - soziale Phobie mit Panikstörung und Vermeidungsverhalten (ICD-10 F40.1) nach belastender Situation am Arbeitsplatz im Herbst 2008 und Unfall vom 9. April 2009 - Schmerzen im Bereich des Rückens, der Schulter, des Nackens und Kopfes nach Unfall vom 9. April 2009 - posttraumatische Symptomatik mit intrusiven Erinnerungen, Albträumen, Hypervigilanz und nach Unfall vom 9. April 2009

Der Beschwerdeführer habe am Arbeitsplatz bei Auseinandersetzungen mit seinem Vorgesetzten Mobbing erlebt, sei ungerecht behandelt und kritisiert worden. Dadurch sei er mehr und mehr unter psychischen Druck geraten, was zu Ängsten, Niedergeschlagenheit und Hoffnungslosigkeit geführt habe. Im Oktober 2008 sei er krankgeschrieben worden. Am 9. April 2009 habe er unverschuldet einen Autounfall erlitten, wobei sein Auto durch den Aufprall drei bis vier Meter in Richtung vorfahrtsberechtigter Strasse geschoben worden und er vom unfallverursachenden Fahrer bedroht und beschimpft worden sei (Ziff. 1.4).

Als Sachbearbeiter in der Reisebranche sei der Beschwerdeführer seit mindestens 9. April 2009 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.6).

Mit Schreiben vom 6. September 2011 (Urk. 9/23) führte Dr. Z.____ aus, mit Hilfe eines intensiven Verhaltenstrainings hätten die phobischen Ängste abgebaut werden können, und der Beschwerdeführer könne sich nun auch alleine ausser Haus bewegen. Aufgrund des bisherigen positiven Verlaufs sei mit weiteren Verbesserungen zu rechnen. Die depressive Störung habe sich unter antidepressiver Medikation etwas gebessert. Dem Beschwerdeführer seien Integrationsmassnahmen von zwei Stunden pro Tag an mindestens vier Tagen der Woche zumutbar. Bei weiterem gutem Verlauf sei durch berufliche Massnahmen eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % erreichbar. 4.5

Dr. Z.____ diagnostizierte mit Bericht vom 12. Juli 2013 (Urk. 9/109/7-9) eine soziale Phobie mit Vermeidungsverhalten gemäss ICD-10 F40.1 (Ziff. 1.1).

Nach einer weiteren psychischen Stabilisierung und erfolgreicher Bewältigung des Rückzugsverhaltens durch ein Verhaltenstraining habe der Beschwerdeführer

2012 berufliche Massnahmen beginnen können. Während neun Monaten habe er eine Eingliederungsinstitution besucht und die Präsenzzeit dort auf etwa sechs Stunden gesteigert, zuzüglich eines Arbeitsweges von zwei Stunden. Im Oktober 2012 sei es während einer einwöchigen Abwesenheit der Betreuungsperson zum Abbruch des Arbeitstrainings gekommen. Beim danach aufgenommenen Praktikum sei es nach etwa zwei Monaten zu interpersonellen Schwierigkeiten mit dem Vorgesetzten gekommen, eine Fortführung sei aber erreicht worden, bis eine zweite ähnliche Krise Ende Februar 2013 zu einem Abbruch des Praktikums geführt habe. Der Beschwerdeführer fühle sich vom Vorgesetzten in seinen Bedürfnissen zu wenig ernst genommen, leide unter sozialen Ängsten und fühle sich durch andere rasch ausgegrenzt und entwertet, was die innere Anspannung erhöhen und zu Beziehungsabbrüchen führen könne. Es bestehe ein Rückzugsverhalten, und er verbringe die Tage meist ohne Struktur zu Hause (Ziff. 1.4).

Als Sachbearbeiter in der Reisebranche bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60 % (Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer seit November 2012 während sechs Stunden pro Tag möglich für Büroarbeiten im Backoffice und mit verständnisvollen Vorgesetzten. Direkte Kundenkontakte seien aufgrund der sozialen Ängste noch nicht möglich (Ziff. 1.7). 4.6

Mit Stellungnahme vom 14. August 2013 (Urk. 9/109 S. 5 f.) führte med. pract. C.____, Facharzt für Neurologie, Regionalärztlicher Dienst (RAD), aus, dass aufgrund der Aktenlage die von Dr. Z.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 9. April 2009 bis November 2012 und von 50 % seit November 2012 aufgrund der genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nachvollziehbar sei. Für eine angepasste Tätigkeit ergebe sich keine Abweichung. Voraussetzung für die Ausschöpfung der Arbeitsfähigkeit von 50 % wäre ein geeigneter Arbeitsplatz ohne erhebliche Stressbelastung, genauer ein fehlender psychischer Druck durch Kundenkontakte ohne Termin- und Zeitdruck sowie erhebliche Anforderungen an die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Geeignet seien einfache, repetitive Tätigkeiten, die den Fähigkeiten eines Hilfskaufmanns entsprächen. Bezüglich der erhöhten Kränkbarkeit sei medizinisch-theoretisch davon auszugehen, dass dies in gewissem Masse auch als überwindbar angesehen werden müsse. Es bestünden keine Persönlichkeitsstörungen, die als erheblich limitierend entgegenstünden (S. 5). Ein Verbesserungspotential der Arbeitsfähigkeit liege in einer stufenweisen Erhöhung der Belastung über zwölf Monate, beginnend mit 50 % und Fortsetzung der Behandlung. Die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht sei bei erkennbarer Eigenmotivation bezüglich einer Therapie nicht sinnvoll (S. 5 f.). 4.7

Mit Schreiben vom 25. November 2013 (Urk. 9/121) führte Dr. Z.____ aus, dass der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren im Rahmen einer Angsterkrankung unter einer sozialen Phobie mit Vermeidungsverhalten gemäss ICD-10 F40.1 leide. Dabei handle es sich um eine psychische Erkrankung, welche sich auch physiologisch stark auswirken könne. Der Beschwerdeführer leide in sozialen Situationen unter erhöhter innerer Anspannung, hohem Puls, Schweissausbrüchen und Nervosität. Diese vegetativen Reaktionen stünden in Verbindung mit Ängsten und der Befürchtung, sozial isoliert und ausgegrenzt zu werden. Aufgrund dieser Erkrankung komme es zu negativen Verknüpfungen von Wahrnehmungsstörungen in interpersonellen Situationen, welche die affektive und vegetative Symptomatik zusätzlich verschlimmerten. Die in der Folge auf

treten den Verhaltensstörungen im zwischenmenschlichen Bereich hätten in den letzten Jahren zu Konflikten am Arbeitsort und in der Folge krankhaftem Rückzug geführt. Diese Symptomatik sei aufgrund der starken affektiven und vegetativen Beteiligung nicht willentlich steuerbar. Der Beschwerdeführer könne sich selbst dann manchmal für Tage nicht beruhigen und gerate in eine psychische Krise.

Diese Symptomatik beeinträchtige die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich und wirke sich vor allem in Arbeitssituationen mit regelmässigen Kontakten zu Vorgesetzten und Mitarbeitern aus. Aufgrund dieser Störung sei seine Arbeitsfähigkeit um etwa 50 % eingeschränkt. Die Auswirkungen dieser psychischen Erkrankung seien so erheblich, dass sie vom Beschwerdeführer allein nicht

überwunden werden könnten. Es bedürfe zur Verbesserung der Symptomatik wie auch zur nachhaltigen Stabilisierung und Steigerung der Arbeitsfähigkeit einer psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung sowie weiterer beruflicher Massnahmen. 4.8

Dazu hielt das hiesige Gericht in seinem Urteil vom 6. Mai 2014 (Urk. 9/130) in E. 4 fest: 4.1

Zusammenfassend ging der behandelnde Psychiater Dr. Z. ___ diagnostisch im Rahmen einer Angsterkrankung von einer sozialen Phobie mit Vermeidungsverhalten gemäss ICD-10 F40.1 aus und schätzte die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sachbearbeiter in der Reisebranche auf etwa 50 % beziehungsweise in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auf sechs Stunden pro Tag für Büroarbeiten im Backoffice und mit verständnisvollen Vorgesetzten ein. Er hielt fest, dass die Auswirkungen dieser psychischen Erkrankung so erheblich seien, dass sie vom Beschwerdeführer allein nicht überwunden werden könnten; zur nachhaltigen Stabilisierung und Steigerung der

Arbeitsfähigkeit bedürfe es einer psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung sowie weiterer beruflicher Massnahmen. Der RAD-Arzt med. pract. C. ___ teilte diese fachärztliche Einschätzung vollumfänglich und hielt fest, dass aufgrund der Aktenlage eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in angestammter und angepasster Tätigkeit nachvollziehbar sei, wo bei hinsichtlich der erhöhten Kränkbarkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht in gewissem Masse von einer Überwindbarkeit auszugehen sei. 4.2

Demgegenüber ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass kein invaliden versicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege, da die beim Beschwerdeführer bestehenden psychischen Einschränkungen durch psychosoziale Faktoren ausgelöst worden seien. Zudem seien die Einschränkungen überwindbar, sodass die angestammte Tätigkeit mit einer zumutbaren Willensanstrengung ausgeübt werden könne. Gestützt darauf verneinte sie einen Leistungsanspruch. Diese Argumentation verfährt nicht. Die Beschwerdegegnerin erkennt, dass mit der diagnostizierten sozialen Phobie mit Vermeidungsverhalten eine eigenständige psychiatrische Diagnose nach ICD-10 vorliegt und dass von möglichst erweise verursachenden psychosozialen Faktoren losgelöste psychiatrische Befunde erhoben wurden, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken und eine krankheitswertige Diagnose begründen. Wovon die Krankheit ausgelöst oder begünstigt wurde, ist somit unerheblich, denn aufgrund der Arztberichte ist von einem fachärztlich festgestellten Substrat auszugehen, welches die Arbeitsfähigkeit wesentlich

beeinträchtigt. Die Beschwerdegegnerin überschreitet demnach ihr Ermessen, wenn sie sich über die klaren Einschätzungen ihres RAD hinwegsetzt und diese nach Belieben durch eigene Einschätzungen ihrer Sachbearbeiterin ersetzt. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin ist aus objektiver Sicht aufgrund der Aktenlage auch nicht ohne weiteres auf eine Überwindbarkeit der Erwerbsunfähigkeit zu schliessen. Aus Dr. Z.____s Schilderung ergibt sich vielmehr eindrücklich, dass die beschriebenen gesundheitlichen Einschränkungen

und Vorgänge aufgrund der starken affektiven und vegetativen Beteiligung nicht willentlich steuerbar sind. 4.3

Damit ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie entweder - sofern sie den Sachverhalt als genügend abgeklärt erachtet - ausgehend von der Stellungnahme des RAD und der fachärztlichen Einschätzung von Dr. Z.____ über Leistungsansprüche entscheide und ihren Entscheid rechts genügend begründe, oder - sollte sie diesen Einschätzungen nicht folgen wollen - rechtsgenügende weitere Abklärungen tätige und ihren Entscheid gestützt darauf medizinisch und versicherungsrechtlich korrekt begründe. 5. 5.1

Dem zweiten Rückweisungsurteil vom 29. November 2017 (Urk. 9/224) lagen die folgenden Arztberichte zugrunde.

Dr. Z.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 8. Januar 2015 (Urk. 9/148) eine Angsterkrankung mit sozialer Phobie und Vermeidungsverhalten ICD-10 F40.1 (Ziff. 1.2). In einer Tätigkeit, wo auf die soziale Beeinträchtigung Rücksicht genommen werden könne, beispielsweise als Sachbearbeiter im Bürobereich einer Reisebranche, könne eine Tätigkeit von 4-5 Stunden pro Tag oder von etwa 50 % ausgeübt werden, wobei die Leistungsfähigkeit gesteigert werden könne (Ziff. 2). Für Massnahmen der Wiedereingliederung bestünden eine Belastbarkeit von etwa fünf bis sechs Stunden pro Tag. Der Beschwerdeführer pflege wenig soziale Kontakte und habe als Misserfolge die mehreren hundert Stellenbewerbungen und die gescheiterte Fortbildung in Systeminformatik 2014 zu verzeichnen (Ziff. 4.2, Ziff. 4.4). Gegenwärtig finde aus finanziellen Gründen keine Behandlung statt (Ziff. 3.1). 5.2

Mit Bericht vom 26. Mai 2016 (Urk. 9/178) hielt Dr. Z.____ folgende Diagnosen fest: - Angsterkrankung mit sozialer Phobie und Vermeidungsverhalten ICD-10 F40.1 - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ICD-10 F33.1

Zum Befund hielt Dr. Z.____ fest, dass der Antrieb etwas reduziert sei, und sich ein negativ-pessimistisch gefärbtes Gedankenkreisen mit Selbstwürfen finde. Der Beschwerdeführer sei affektiv ängstlich angespannt mit innerer Unruhe und vegetativer Aktivierung (erhöhter Puls, Schweissausbrüche und Muskelanspannungen). Es fänden sich soziale Ausgrenzungs- und Entwertungsängste, eine depressive Grundstimmung mit Hoffnungslosigkeit, Verlust von Freude und Interesse sowie Wertlosigkeit. Er beschreibe Schlafstörungen mit nächtlichem Erwachen, teilweise aus Alpträumen, frühem Erwachen und Morgentief. Es bestünden ein deutlicher Verlust von Selbstvertrauen und Minderwertigkeitsgefühle, Libidoverlust und Suizidalität (S. 1).

Im Rahmen einer beruflichen Massnahme im Reisebüro habe die Präsenzzeit letztes Jahr auf 60 % gesteigert werden können. Ende August sei die Massnahme wegen angeblicher

ungenügender Leistungen durch die Invalidenversicherung wieder abgebrochen worden, was der Beschwerdeführer nicht nachvollziehen können. Die psychische Symptomatik mit Suizidalität und deutlicherem sozialem Rückzug habe sich in den letzten Monaten verstärkt. Aufgrund der völlig fehlenden Tagesstruktur pflege der Beschwerdeführer wenig soziale Kontakte. Für den Einsatz eines zweiten Antidepressivums neben dem schlafanstossenden Antidepressivum werde derzeit Verständnis erarbeitet. Es bestehe das Risiko einer weiteren Verschlechterung der psychischen Symptomatik, und erneute berufliche Massnahmen könnten einen wichtigen Beitrag zur psychischen Stabilisierung sein (S. 2). 5.3

Am 1. Juni 20

E. 16

erstattete med. pract. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, Bericht über seine am 31. Mai 2016 durchgeführte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 9/177).

Im psychopathologischen Befund (Ziff. 8 S. 4 f.) hielt er fest, dass der Beschwerdeführer pünktlich in Begleitung seines Partners eintreffe und freundlich und bereitwillig im Kontakt sei. Die Lautstärke sei normal, der Blickkontakt häufig, es bestünden kein Körpergeruch und ein unauffälliges Gangbild. Der Gedankengang sei flüssig und zusammenhängend, und es bestehe kein Anhalt für Sinnestäuschungen, Ich-Störungen und inhaltliche Denkstörungen. Eigeninitiativ und wortreich, etwas weitschweifig, berichte der Beschwerdeführer über seine Lage und hebe den Unfall hervor. Bei der Schilderung des Unfalls seien keine vegetativen Reaktionen und keine erhöhte Anspannung erkennbar. Er sei affektiv reduziert schwingungsfähig, vorsichtig vorwürfig wegen geringer Unterstützung, unauffällig in Mimik und Gestik, und aufmerksam und konzentriert über die gesamte zweieinviertelstündige Untersuchungszeit. Es bestehe kein Anhalt für Müdigkeit oder erhöhte Ermüdbarkeit. Der Antrieb sei gut mit lebendigen und eigeninitiativen Darstellungen. Es seien kein Erröten, kein Zittern, keine Übelkeit und während der Untersuchung kein Harndrang feststellbar. Der Beschwerdeführer sei glaubhaft nicht suizidal.

In der Diskussion (Ziff. 10 S. 7) der Einschätzung durch Dr. Z.____ hielt med. pract. D.____ fest, dass die Diagnose einer depressiven Störung in vielen Berichten nicht erscheine. Überdies differenziere Dr. Z.____ leider nicht zwischen einer Agoraphobie und einer sozialen Phobie, so dass seine Schätzung der Arbeitsunfähigkeit hier auch nicht differenziert werden könne. Weiter wies med. pract. D.____ darauf hin, dass die bei der E.____ angegebenen „Tätigkeiten an der Reception und mit Kundenkontakt“ für einen Patienten mit einer sozialen Phobie völlig ungeeignet gewesen seien.

In der versicherungspsychiatrischen Beurteilung (Ziff. 11 S. 8) hielt med. pract. D.____ fest, dass depressive Reaktionen bei den geschilderten psychosozialen Belastungen zwar verstehbar, aber IV-fremd seien. Die Agoraphobie mit den Ängsten in Menschenmengen führe nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zumal der Beschwerdeführer die Strecken selbstständig mit dem Auto bewältige. Die soziale Phobie mit der „Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen“ führe zu Einschränkungen in Kundenkontakten und erfordere wohlwollende Vorgesetzte, zumal zu den Persönlichkeitseigenschaften ein geringes Selbstvertrauen gehöre. Angesichts der Kritikangst sei mit einer eher langsamen, aber gründlichen Arbeit zu rechnen. Der Beschwerdeführer halte sich unter derartigen Umständen für voll arbeitsfähig. Med. pract. .

D.____ nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angststörung, soziale Phobie (ICD-10 F40.1), und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eben falls eine Angststörung, Agoraphobie (ICD-10 F 40.0). An Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Senior Finance

Assistant vermerkte er, dass der Beschwerdeführer wegen der Ängste vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen wenig Kundenkontakte sowie wohlwollende Vorgesetzte haben sollte. Zum Belastungsprofil hielt er fest, dass ruhige Büro-Tätigkeiten mit wenig Kundenkontakt und eher gründlichen Arbeiten geeignet seien. Die Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit als Senior Finance

Assistant betrage 50 % seit November 2012 gemäss Dr. Z.____ . In angepasster Tätigkeit gemäss Belastungsprofil betrage die Arbeitsunfähigkeit 20 %. Die aktuelle Behandlungsfrequenz alle drei bis vier Wochen sei unzu reichend . Mangels angemessener Therapie drohe das Vermeidungsverhalten allmählich zuzunehmen, so dass die Agoraphobie und die soziale Phobie immer schwerer zu überwinden seien.

5.4

Dr. Z.____ führte in seiner Stellungnahme vom 23. September 2016 (Urk. 9 /188) zum RAD-Untersuchungsbericht aus, dass in Bezug auf die beruflichen Massnahmen nicht erwähnt werde, dass das Arbeitstraining bei E.____ 2013 aufgrund von Ängsten gegenüber dem Vorgesetzten habe abgebrochen werden müssen. Unerwähnt bleibe auch, dass eine danach begonnene Informatikausbildung mit einem Kursbesuch an drei Nachmittagen pro Woche trotz hoher Motivation nach etwa zwei Wochen aufgrund sozialer Ängste habe abgebrochen werden müssen. Der Beschwerdeführer habe sich von den anderen Kursteilnehmern entwertet gefühlt, was die Angstsymptomatik mit zugehöriger vegetativer Aktivierung massiv verstärkt habe. Das letzte Arbeitstraining bis Herbst 2015 im Reisebüro sei seitens der Invalidenversicherung abgebrochen worden, weil die geplante Steigerung auf 100 % nicht realistisch gewesen sei. Die mehrmonatige Bewältigung der Arbeit dort sei auch möglich gewesen, weil er den Vorgesetzten schon zuvor persönlich gekannt und sein Lebenspartner dort gearbeitet habe und meist anwesend gewesen sei (S. 2 oben).

Die wenigen in der Folge stattgefundenen Bewerbungsgespräche habe der Beschwerdeführer nur unter grosser innerer Anspannung und mit zusätzlicher Medikation (Betablocker, Tranquilizer) durchstehen können. Seit 2008 stehe er in phasenweise intensiver psychotherapeutischer und pharmakologischer Behandlung (S. 2 Mitte).

Die Angaben des Beschwerdeführers gegenüber dem RAD deckten sich nicht mit jenen gegenüber dem Referenten. Dass sich der Beschwerdeführer zutraue, 100 % zu arbeiten, habe damit zu tun, dass er sich für Stellen mit 80 % oder 100 % bewerbe, weil es auf dem Arbeitsmarkt kaum für ihn passende Teilzeitstellen gebe. Der Beschwerdeführer berichte von vielfältigen vegetativen Beschwerden wie regelmässigen nächtlichen Schweissausbrüchen, hohem Puls mit teilweisem Schwindel, Erschöpfung und Schlafstörungen. Im Widerspruch dazu stehe die durch den RAD festgehaltene Unauffälligkeit der vegetativen Beschwerden (S. 2 unten).

Fremdanamnistisch würden die starken sozialen Ängste mit totalem sozialem Rückzug gemäss RAD-Bericht bestätigt. Ergänzend habe der Lebenspartner des Beschwerdeführers geäussert, dass dieser überhaupt keine Freunde oder Bekannte habe. Auch in der Beziehung zu ihm verhalte er sich immer distanzierter, habe sich zunehmend zurückgezogen, sei aus

dem gemeinsamen Schlaf zimmer ausgezogen und verbringe die meiste Zeit alleine in seinem Zimmer. Besuche bei Nachbarn oder von kulturellen Veranstaltungen könnten derzeit selbst in Begleitung nicht absolviert werden, und er sei von starkem Vermeidungsverhalten dominiert (S. 2 f.).

Zur Befunderhebung durch den RAD sei zu bemerken, dass aufgrund der dunklen Hautfarbe ein Erröten beim Beschwerdeführer kaum feststellbar sei. Die innere Anspannung mit Zittern der Hände werde meist durch das Platzieren der Hände auf den Oberschenkeln kontrolliert. Es finde sich dafür eine hohe innere Anspannung mit Schweiß an den Händen sowie eine motorische Unruhe, welche der Beschwerdeführer beispielsweise im Bereich der Füße nicht immer kontrollieren könne. Die Auswirkungen hoher innerer Anspannung mit vegetativer Aktivierung seien auch nach Jahren noch deutlich wahrnehmbar. Es finde sich ein überangepasstes Verhalten mit dem Drang, auf Fragen möglichst genau und fehlerlos zu antworten (S. 3 oben).

Die Erhebung der depressiven Symptomatik im RAD-Bericht wirke rudimentär. Festzustellen sei ein deutlicher Interessenverlust für jegliche Aktivitäten (früher Sport und Innenarchitektur), und die Stimmungslage sei deutlich depressiv. Es bestehe eine schwerwiegende Selbstwertproblematik mit starkem Verlust von Selbstvertrauen, Selbstablehnung, Wertlosigkeits- und Versagensgefühlen und ein Verlust von sexuellem Interesse. Der Beschwerdeführer berichte von ständigen Suizidgedanken mit konkreten Vorstellungen, wie der Suizid vollzogen werden könnte. Diese depressive Symptomatik habe sich in den letzten Monaten verstärkt (S. 3 unten).

In der Beurteilung hielt Dr. Z. ___ fest, dass das vom RAD vermittelte Bild des Gesundheitszustandes sich vor allem in Bezug auf den Schweregrad der Angststörung im Rahmen der sozialen Phobie (ICD-10 F40.1) sowie der Einschätzung der depressiven Symptomatik nicht mit seiner eigenen Einschätzung decke. So würden die Auswirkungen der psychischen Symptomatik auf die Leistungsfähigkeit mit diversen fehlgeschlagenen beruflichen Integrationsmassnahmen nicht erwähnt. Die geschilderten Beschwerden und Befunde seien nicht umfassend, und es fänden sich einige selektiv wirkende Aufzählungen von Symptomen, welche der Beschwerdeführer nicht habe, dafür seien für die Beurteilung wichtige vorhandene Symptome kaum untersucht oder nicht erwähnt worden. Die vermutete Leistungsunfähigkeit von 20 % trage der Schwere der sozialen Ängste mit andauernder vegetativer Auswirkung durch ein normales Arbeitsumfeld nicht Rechnung, was auch die bisherigen beruflichen Integrationsmassnahmen deutlich gezeigt hätten. Die rezidivierende depressive Störung sei in den letzten Jahren häufig mittelgradig ausgeprägt gewesen und habe wiederholt antidepressiv behandelt werden müssen. Nicht thematisiert würden im RAD-Bericht sodann die Wechselwirkungen zwischen sozialer Phobie und Depression (S. 3 f.).

Der Beschwerdeführer habe mit hoher Motivation immer wieder berufliche Integrationsmassnahmen begonnen und sich bis an die Grenze seiner Leistungsfähigkeit engagiert und trotz seiner andauernden psychischen Symptomatik versucht, die Massnahmen zu einem erfolgreichen Ende zu bringen. Wiederholt sei trotz hoher Motivation und entsprechender andauernder Anstrengung nie eine Leistungsfähigkeit von über 50 % erreicht worden. Der Hauptgrund seien die starken sozialen Ängste mit entsprechender vegetativer Aktivierung gewesen. Diese hätten den Beschwerdeführer daran gehindert, die notwendigen Beziehungen zu Mitarbeitern und Vorgesetzten auf einer funktionalen Ebene aufrechtzuerhalten. Die psychische Störung mit Einschränkung der

Leistungsfähigkeit sei in den letzten sieben Jahren fast durchgehend mit zum Teil intensiver ambulanter Psychotherapie und pharmakologisch behandelt worden, wobei sich der Beschwerdeführer immer kooperativ verhalten habe. Dabei habe sich gezeigt, dass die Ressourcen beim Beschwerdeführer nicht ausreichend seien, um die Auswirkungen der psychischen Erkrankung genügend zu kompensieren, sodass eine volle Arbeitsfähigkeit hätte erreicht werden können. Bei einer sorgfältigen Befunderhebung sei von einer Leistungsfähigkeit von höchstens 50 % auszugehen (S. 4 f.).

Der Beschwerdeführer selber sehe mittlerweile auch die Notwendigkeit einer erneuten Intensivierung der Behandlung mit Expositionstraining und Aufbau einer externen Tagesstruktur. Dies sollte einer weiteren Verschlechterung entgegenwirken können. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei aber fraglich, ob damit eine längerfristige wesentliche Steigerung der derzeitigen stark beeinträchtigten Leistungsfähigkeit zu erreichen sei (S. 5).
5.5

Mit Stellungnahme vom 10. Januar 2017 führte Dr. med.

F. ____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, aus, dass der Entscheid der Beschwerdegegnerin, wonach kein relevanter Gesundheits Schaden vorliege, nicht nachzuvollziehen sei. Med. pract. D. ____, habe eine soziale Phobie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert. Dabei handle es sich um ein eigenständiges psychisches Leiden, welches sich trotz bisheriger adäquater Therapie chronifiziert habe. Es sei kein durch psychosoziale Faktoren ausgelöstes Leiden. Massgeblich hierfür sei der traumatisch erlebte Autounfall

2009 gewesen. Med. pract. D. ____, attestiere auch nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der bisherigen Tätigkeit und eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Aus Sicht des RAD sei der Beschwerdeführer dringend bei der beruflichen Integration zu unterstützen (Urk. 9/192 S. 2 Mitte). 5.6

Dazu führte das hiesige Gericht in seinem Urteil vom 29. November 2017 (Urk. 9/224) in E. 6 aus:

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