

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00136 vom 26. Oktober 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00136](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00136)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00136 du 26 octobre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00136 del 26 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose 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 Krank heit 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 Masstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsl eistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 4

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und sei ner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fach ärzte

beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C\_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (erwähntes Urteil 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). 1. 5

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

## **E. 1.6**

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

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 17. Januar 2020 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 20. Februar 2020 Beschwerde und beantragte die Zusprache einer ganzen Invalidenrente (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 19. März 2020 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 23. März 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrem Entscheid vom 17. Januar 2020 (Urk. 2) insbesondere gestützt auf das eingeholte Gutachten davon aus, dass keine Einschränkungen vorlägen, welche nicht therapierbar seien und sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Es liege keine Invalidität vor und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S. 1 f.; vgl. auch Feststellungsblatt vom 16. April 2019, Urk. 7/148 S. 4 f.).

## **E. 2.2**

) festzuhalten, dass das Bundesgericht in seiner Rechtsprechung der Dauer einer psychiatrischen Exploration keinen bedeutenden Stellenwert zumisst, solange die Expertise den praxisgemässen Kriterien entspricht (Urteile des Bundesgerichts 8C\_448/2009 vom 27. Juli 2009, E. 2.2, sowie 8C\_485/2010, E. 2.4.3). Der Detaillierungsgrad des Gutachtens von Dr. C.\_\_\_\_ spricht mithin nicht gegen den Beweiswert und es ist nicht ersichtlich, dass die Expertise unsorgfältig erstellt worden wäre (vgl. E. 3.3).

Ebenfalls unzutreffend ist, dass Dr. C.\_\_\_\_ in nicht nachvollziehbarer Weise und ohne weitere Begründung die in den übrigen Arztberichten diagnostizierten Depression, teils mittelgradig, teils schwer, negiere (E. 2.2). So führte Dr. C.\_\_\_\_ überzeugend aus, dass die im August 2015 erstmals gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode zu keinem Zeitpunkt weder mit, noch ohne Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und/oder diskutiert werde, sondern fast ausschliesslich auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers abgestellt werde. Auch die aufgeführten objektiven psychopathologischen Befunde seien stets spärlich und liessen qualitativ knapp ein dysthymes Syndrom erkennen, der Schweregrad bleibe regelmässig unklar. Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte schliesslich eine Dysthymia, da sie vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden in Umfang und Schwere durch diese Diagnose ausreichend erklärbar seien (Urk. 7/147 S. 22 Ziff. 6).

Weiter ist der vom Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ selber geschilderte Tagesablauf kaum mit dem Bild eines schwer depressiven Patienten in Einklang zu bringen. Der Beschwerdeführer führte dabei aus, er arbeite im Haushalt mit, koche, staubsauge und räume die Küche auf. Er lenke sich von seinem negativen Befinden ab, indem er spazieren und ein- bis zweimal pro Woche ins Fitness gehe. Er sehe fern und nutze das Internet, um Informationen zu erhalten. Ab und zu pflege er Kontakt mit einem Kollegen und telefoniere mit seiner Mutter und einer Schwester (E. 3.3). Soweit der Beschwerdeführer die diesbezüglichen Ausführungen der Beschwerdegegnerin als reine Behauptungen ohne Grundlage in den Akten abtut (Urk. 1 S. 9 Rz 47), ist dies offensichtlich unzutreffend.

Ebenso vermögen auch die Berichte der Behandler B.\_\_\_\_ und Z.\_\_\_\_ an der überzeugenden Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ nichts zu ändern. Wie bereits im früheren Urteil festgestellt (Urk. 7/134 S. 13 Ziff. 4.2), berufen sie sich überwiegend auf die subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers (vgl. auch E. 3.2 und 3.5). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer trotz der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten schweren depressiven Episode neben der medikamentösen Therapie lediglich alle zwei Wochen eine Therapiesitzung besucht und mit Ausnahme der EKT, welche vorzeitig abgebrochen wurde, keine weiteren, auch alternativen Therapieansätze verfolgt. Weshalb die behandelnden Ärzte bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode die Behandlung nicht mindestens mittels Einzelsitzungen intensivieren und einen Behandlungsrhythmus von zwei Wochen

als genügend erachtet, ist nicht nachvollziehbar.

In diesem Zusammenhang ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass die behandelnden Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Dies ist vorliegend nicht der Fall. 4.3

Insgesamt erweist sich die Beurteilung durch den psychiatrischen Gutachter Dr. C. \_\_\_ als überzeugend und nachvollziehbar, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 5. 5.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

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).

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). 5.2

Nach dem Gesagten ist im Folgenden zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ möglich, weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. 5.3 5.3.1

Im Rahmen der ersten Kategorie des « funktionellen Schweregrades » ergeben sich mit Bezug auf den ersten Indikator ( « Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome » ) aus dem Gutachten insgesamt nur sehr wenige Beeinträchtigungen. Der Beschwerdeführer berichtete über seit dem Jahre 2010 zunehmende innerliche Anspannungszustände, er grübele viel und leide unter Angstzuständen. Zudem beständen fehlende Motivation sowie eine Energie- und Lustlosigkeit. Die übrigen, von Dr. C.\_\_\_\_ beurteilten objektiven Befunde fielen unauffällig aus (Urk. 7/147 S. 13 und S. 18 Ziff. 4.1). Insgesamt sind die beim Beschwerdeführer bestehenden psychischen Beeinträchtigungen nur schwach ausgeprägt . Eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens fällt damit ausser Betracht.

Zum zweiten Indikator («Behandlungserfolg oder -resistenz») hielt der psychiatrische Gutachter fest, seit Oktober 2012 besuche der Beschwerdeführer eine ambulante Psychotherapie mit Psychopharmakotherapie (Urk. 7/147 S. 27). Aktuell fänden zwei Gespräche pro Monat statt (Urk. 7/147 S.

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist demnach der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 16. Mai 2018 wurde die medizinische Aktenlage folgendermassen beurteilt (Urk. 7/134 S. 14 f.):

" Gemäss den Angaben der behandelnden Fachpersonen zeigt der Beschwerdeführer alle klassischen Symptome einer schweren depressiven Erkrankung mit Niedergeschlagenheit, Gedankenkreisen, Unkonzentriertheit und Verzweiflung ( ... ).

Dass die klassischen Symptome einer schweren depressiven Erkrankung erfüllt sind, ergibt sich somit mindestens teilweise lediglich aus den Angaben des Beschwerdeführers selber, nicht jedoch aus Beobachtungen der Fachärzte (E. 4.2) .

(...) Schwer nachvollziehbar ist, weshalb die Therapie-sitzungen bei einer diagnostizierten schweren depressiven Erkrankung während Jahren lediglich alle zwei Wochen stattfinden und aufgrund des ausbleibenden Erfolges nicht auch noch andere Therapieansätze verfolgt

wurden (E. 4.3).

Es erscheint nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer, bei welchem seit Jahren eine schwere depressive Erkrankung diagnostiziert wurde, im Jahre 2017 in der Lage war, nach längerer Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ein Pensum von 80-90 % zu bewältigen. Auf diese Frage findet sich in den medizinischen Berichten der behandelnden Fachpersonen keine plausible und überzeugende Antwort (E. 4.4) .

Insgesamt lässt sich das Gesamtbild der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers - welcher im Übrigen auch in der Lage war, sich selbständig bei der Beschwerdegegnerin für die Durchführung von beruflichen Massnahmen zu melden (...) und diese trotz Vorbehalten seitens der Behandlung wie auch der Beschwerdegegnerin auch anzutreten - nur schwer mit der gestellten Diagnose einer schweren depressiven Erkrankung in Einklang zu bringen. Die Beurteilungen in den Berichten von lic . phil. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ beziehungsweise Dr. B.\_\_\_\_ erscheinen damit wenig überzeugend und plausibel. Hinzu kommt, dass die bei den Akten liegenden medizinischen Berichte - entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (...) - nicht genügen, um das vom Bundesgericht für alle psychischen Erkrankungen vorgesehene strukturierte, ergebnisoffene Beweisverfahren anhand von Standardindikatoren durchzuführen (...).

Zusammenfassend erweist sich der medizinische Sachverhalt damit als nicht genügend abgeklärt und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine psychiatrische Begutachtung veranlasst, aufgrund welcher die Auswirkungen der festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung anhand der verschiedenen Standardindikatoren einzelfallgerecht und ergebnisoffen beurteilt werden können. Nach Vorliegen der notwendigen Angaben wird über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden sein (E. 4.5).“ 3. 2

Der behandelnde Psychiater med. pract . B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Psychotherapeut lic . phil. Z.\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 4. September 2018 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/140/2-8 Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8)

Seit Juli 2017 sei es insgesamt zu keiner Veränderung gekommen (Ziff. 2.1). Aktuell werde der Beschwerdeführer medikamentös behandelt und besuche alle zwei Wochen eine Therapiesitzung (Ziff. 1.2 und 2.3). Der Beschwerdeführer befinde sich in einem schwer depressiven Zustand mit ständiger Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsproblemen und negativem Gedanken kreisen. Er versuche, wenigstens das Minimum an Alltags-Strukturen aufrecht zu erhalten, beispielsweise regelmässig ins Fitness oder spazieren zu gehen oder einen Internet-Kurs zu besuchen, was aber öfters misslinge. Seinen Kindern gegenüber habe er massive Schuldgefühle. Die Situation sei für ihn sehr schamhaft. Er habe nicht nur sich selber gegenüber, sondern auch gegenüber den Kindern überhöhte, perfektionistische Ansprüche. Das Streben nach Anerkennung und Erfolg besitze einen erhöhten Stellenwert, gegenüber Kritik reagiere er sehr gekränkt und sei kaum zu Selbstreflexion fähig (Ziff. 2.2). Äusserlich sei der Beschwerdeführer unauffällig mit freundlichem Auftreten. Er sei allseits orientiert, ohne Ich-Störungen, Sinnestäuschungen oder Wahn. Er berichte von massiven Konzentrationsstörungen und

Gedankenkreisen. Im Affekt sei er massiv niedergestimmt, es bestünden Insuffizienz- und Schuldgefühle. Der Antrieb sei reduziert, der Schlaf gestört. Der Appetit sei normal. Es gebe keine Anhaltspunkte für Selbst- oder Fremdgefährdung (Ziff. 2.4).

Seit Beginn der Behandlung am 8. Februar 2017 sei der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Bauingenieur als auch in jeder anderen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 1.1 und 1.3). Aufgrund der Chronifizierung der Erkrankung werde ihrer Ansicht nach eine Arbeitsfähigkeit langfristig - falls überhaupt - nicht vorhanden sein (Ziff. 2.7). Der Beschwerdeführer könne sich für einen ärztlich dringend indizierten Eintritt in eine psychiatrische Klinik nicht motivieren, auch nicht für einen weiteren Versuch einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT; Ziff. 2.8). Er schaffe es nur mit grosser Anstrengung, anstehende Haushaltsaufgaben zu übernehmen (Ziff. 4.5). 3.3

Am 14. Februar 2019 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. In seinem Gutachten vom 25. März 2019 (Urk. 7/147) diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) in der Folge sozialer Belastungen und körperlicher Krankheit bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1; S. 22 Ziff. 6). Dabei führte er aus, in den Akten werde ab Oktober 2012 ein depressives Syndrom im Zusammenhang mit sozialen Belastungen (Konflikte am Arbeitsplatz, Kündigung der Anstellungen) genannt. Dieses Syndrom werde zunächst unspezifisch als «depressive Entwicklung», nach einer körperlichen Krankheit im August 2015 dann als schwere depressive Episode gemäss ICD-10 F32.2 eingeordnet. Die Diagnose werde allerdings zu keinem Zeitpunkt weder mit noch ohne Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und/oder diskutiert. Es werde fast ausschliesslich auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers abgestellt. Auch die aufgeführten objektiven psychopathologischen Befunde seien stets spärlich und liessen qualitativ knapp ein dysthymes Syndrom erkennen. Der Schweregrad bleibe regelmässig unklar. Die nosologische Zuordnung der (subjektiven) Beschwerden und (objektiven) Befunde könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen und nicht bestätigt werden (S. 22).

Die vom Beschwerdeführer weiterhin und auch anlässlich der aktuellen Untersuchung geschilderten Beschwerden (innerliche Anspannungszustände, wenig Lachen

/

nicht genug fröhlich beziehungsweise niedergeschlagen sein, fehlende Motivation, Energie- und Lustlosigkeit, Grübeln, Angstgefühle, sich abweisend verhalten, verminderte Belastbarkeit) seien in Umfang und Schwere durch die Diagnose einer Dysthymia ausreichend erklärbar (S. 22). Die Dysthymia habe sich bei sozialen Belastungen (kulturelle Schwierigkeiten bei Einreise in die Schweiz, rezidivierende Konflikte am Arbeitsplatz, Kündigung der Anstellungen, Ehescheidung

/

familiäre

/

eheliche Konflikte, Erwerbslosigkeit, finanzielle Sorgen

/

Schulden, Konflikte mit der Beschwerdegegnerin) entwickelt. Eine depressive Episode könne nicht bestätigt werden. Die entsprechenden Kriterien seien weder aufgrund der Akten noch anlässlich der aktuellen Untersuchung erfüllt. Es würden zu keinem Zeitpunkt (objektive) Befunde dokumentiert, welche die geforderten Kriterien erfüllten (S. 23). Die affektiven Verstimmungen erklärten sich vollständig als Teil einer Dysthymia sowie als Folge sozialer Faktoren und begründeten alleine nicht hinreichend eine eigenständige depressive Episode. Es sei aus versicherung psychiatrischer Sicht insofern nicht erstaunlich, dass die Eskalation somatischer Therapieinterventionen bislang fruchtlos verlaufen sei. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers (sensibel, emotional labil, dysphorisch-ängstlich, perfektionistisch, leistungsorientiert, narzisstisch) stellten ausschliesslich Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert besitzen würden (S. 24). Im vorliegenden Fall seien keine Hinweise bekannt, die annehmen lassen würden, dass die Kriterien der Definition einer Persönlichkeitsstörung tatsächlich erfüllt seien. In diesem Zusammenhang könne festgestellt werden, dass für den Beschwerdeführer eine tatsächlich angemessene persönliche, berufliche, soziale und familiäre Lebensbewährung bis zumindest dem Jahre 2015 möglich gewesen sei, trotz geringer sozioökonomischer Ressourcen und Fluchterfahrung. Auch lasse der geringe, sozial übliche Konsum von Alkohol sowie die Abstinenz bezüglich weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen auf relevante innerseeleische Ressourcen schliessen (S. 25). Bei der testpsychologischen Untersuchung mittels MADRS, bei welcher ausdrücklich auch «subjektiv berichtete» Symptome erfasst würden, habe der Beschwerdeführer einen Summenwert von 12 Punkten erreicht, ein depressives Syndrom könne damit nicht objektiviert werden (S. 21 Ziff. 4.5).

Gemäss dem ausdrücklichen Wunsch des Beschwerdeführers habe er diesen zunächst systematisch zur Anamnese befragt, wobei er weiter spontan unter anderem Angaben zu seinen Beschwerden und deren Entwicklung formuliert habe (S. 12 Ziff. 3.1). Der Beschwerdeführer berichte über seit dem Jahre 2010 zunehmende und rezidivierende innerliche Anspannungszustände (S. 12 Ziff. 3.2). Im Vordergrund der Beschwerden stünden ausserdem fehlende Motivation, Energie- und Lustlosigkeit. Er grüble viel, leide unter Angstgefühlen, schäme sich und fühle sich schuldig wegen seiner verminderten Leistungsfähigkeit. Er wolle gerne allein sein und verhalte sich anderen gegenüber abweisend. Diese Beschwerden habe er in der aktuellen Ausprägung seit zirka vier oder fünf Jahren. Aktuell fänden zwei Gespräche pro Monat statt (S. 13). Seit zirka fünf Jahren nutze er eine Psychopharmakotherapie. Eine teil- und/oder vollstationäre Therapie sei nicht durchgeführt worden. Eine EKT sei abgebrochen worden (S. 14).

Zum Tagesablauf habe der Beschwerdeführer erklärt, er verbringe den Tag strukturiert. Er wache meist um zirka fünf Uhr auf, bleibe aber bis sieben Uhr liegen. Abends gehe er zwischen 23 und 24 Uhr zu Bett. Im Haushalt arbeite er mit, er koche für die Kinder, staubsauge, räume die Küche auf und kümmere sich um die Kinder. Er lenke sich von seinem negativen Befinden ab, indem er alleine oder mit den Kindern spazieren und ein- bis zweimal pro Woche ins Fitnessstudio gehe. Er sehe fern und nutze das Internet, um auf Arabisch Informationen zu erhalten. Ab und zu pflege er Kontakt mit einem Kollegen, telefoniere mit seiner Mutter und einer Schwester. Vor einem Jahr habe er sich einen Online-Kurs für Verkauf und Handel im Internet angeschafft. Manchmal arbeite er beispielsweise 40 Minuten am Tag die Lektionen durch (S. 14).

Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, eine soziale Desintegration sei nicht vorhanden, der soziale Kontext sei subjektiv und objektiv geordnet. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung seiner Defizite sei auch gemäss Angaben des Beschwerdeführers möglich. Die Aktivitäten des täglichen Lebens seien angemessen (S. 26 f.). Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen würden erstmals ambulant seit Oktober 2012 als psychologische Psychotherapie mit Psychopharmakotherapie durchgeführt. Eine Dysthymia stelle grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar, dabei könne der Beschwerdeführer auch im funktionalen Umgang mit affektiven Verstimmungszuständen beziehungsweise seinen interaktionellen Defiziten unterstützt werden. Die wissenschaftlich anerkannten Therapiemöglichkeiten seien damit aber bei Weitem nicht ausgeschöpft (S. 27). Beim Verlauf der Störung des Beschwerdeführers seien schliesslich auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (Lebensalter, Herkunft, Migration, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen

/

Schulden, persönliche Berufswünsche). Diese Gesichtspunkte würden jedoch vor allem sozialarbeiterische Relevanz besitzen und nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit eingehen (S. 27 f.).

Weder gebe es erhebliche Diskrepanzen zwischen den Angaben des Beschwerdeführers und den Akten noch Inkonsistenzen innerhalb der Schilderungen des Beschwerdeführers. Objektivierbare psychopathologische Befunde seien nicht bis gering ausgeprägt, es sei eine Verdeutlichungstendenz vorhanden (S. 28 Ziff. 7.3). Die Angaben zu den gegenwärtig subjektiven Beschwerden seien auch auf mehrfache empathische Nachfrage vage, allgemein, pauschal und oberflächlich geblieben, ebenso wie die Angaben zu den subjektiven Beschwerden und deren Entwicklung (S. 30). Gesamthaft würden sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, der in den Akten dokumentierten fremdanamnestischen Angaben und des aktuellen Untersuchungsbefundes aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine hinreichenden Belege für eine aktuelle und im Verlauf statt gefundene bewusstseinsnahe Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen ergeben (S. 31 oben). Objektive Defizite würden sich keine beschreiben lassen. Es sei allein auf die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers abzustellen, bei welcher Defizite im Bereich Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit im Vordergrund stünden. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Defizite sei auch gemäss den Angaben des Beschwerdeführers möglich. Zudem verfüge er über persönliche Ressourcen, einen anerkannten Berufsabschluss, langjährige berufliche Erfahrung und einen geordneten und unterstützenden sozialen Kontext. Beim Verlauf der Störung seien aber auch nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (S. 34).

Eine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht für keinen Zeitraum begründet werden (S. 35 Ziff. 8.1). Aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht könnten objektiv keine Defizite benannt werden (S. 35 Ziff. 8.2). Sowohl die bisherige als auch jede andere angepasste Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer ganztags zugemutet werden (S. 35 Ziff. 8.1-2). 3.4

Med. pract . D.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regi onaler Ärztlicher Dienst (RAD) beurteilte das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ am 29. März 2019 als schlüssig und nachvollziehbar. Die vorbestehenden Berichte seien dem Gutachter vorgelegen und von diesem gewürdigt worden. Die Anam nese sei erhoben und auf die Klagen des Beschwerdeführers eingegangen worden. Die in der Untersuchung erhobenen Befunde würden nachvollziehbar dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen, insbesondere zur Arbeitsfähigkeit, seien nachvollziehbar. Dr. C.\_\_\_\_ habe keinen Gesundheitsschaden festgestellt, wel cher die Arbeitsfähigkeit mittel- und langfristig einschränke, der Beschwerdefüh rer werde ohne zeitliche Einschränkung als vollständig arbeitsfähig beurteilt (Urk. 7/148 S. 4). 3.5

In ihrer Stellungnahme vom 17. Juni 2019 (Urk. 7/157) führten med. pract . B.\_\_\_\_ und lic . phil. Z.\_\_\_\_ aus, das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vermittele das Bild eines klagsamen Patienten, der unter einer Verstimmung leide und vollständig arbeitsfähig sei. Dieses Bild werde der Persönlichkeit und de m psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers jedoch keineswegs gerecht. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass die Schilderungen des Beschwerdeführers nicht kongruent und glaubhaft seien. Seit dem Bericht vom 4. September 2018 hätten sich insgesamt keine Veränderungen ergeben, der Gesundheitszustand habe sich seither sogar verschlechtert (S. 1) . Es sei davon auszugehen, dass Konzentrations störungen in einem einmaligen Gespräch nicht feststellbar seien. Der Beschwer deführer berichte jedoch immer wieder glaubhaft von Situationen, in denen er nicht oder nur kurze Zeit in der Lage gewesen sei, sich zu konzentrieren. Er sei zwar klagsam, darüber hinaus jedoch spürbar affektiv niedergeschlagen (S. 1 Ziff. 4.3). Verschiedene Behandlungsstellen seien unabhängig voneinander von zumindest einer mittelschweren depressiven Episode, meistens aber einer schwe ren depressiven Episode ausgegangen . Die Kriterien für eine depressive Episode seien alle erfüllt (S. 2 Ziff. 5). Laut den Schilderungen des Beschwerdeführers und auch seiner Ehefrau sei eine soziale Desintegration vorhanden. Die Aktivitäten des täglichen Lebens seien stark eingeschränkt. Der Beschwerdeführer schaffe es höchstens, den Haushalt rudimentär zu meistern. Meistens sitze er auf dem Sofa und wisse im Grunde gar nicht, was er mache. Am Abend schaffe er es manchmal, spazieren zu gehen. Ins Fitness zu gehen, schaffe er zirka einmal in der Woche, manchmal gehe er auch gleich wieder. Die Einschränkungen seien nicht nur auf unangenehme berufliche Tätigkeiten beschränkt. Es sei davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer ohne einen massiven Leidensdruck nicht dazu bereit erklärt hätte, sich auf eine EKT einzulassen. Eine ärztlich dringend indizierte Hospitalisation verweigere der Beschwerdeführer aus Angst davor, dass es ihm dadurch noch schlechter gehen würde (S. 2 Ziff. 7.3). In seinen Fähigkeiten und Ressourcen sei er stark eingeschränkt, so in der Fähigkeit zur Planung und Struk turierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zur Anwendung von fachlicher Kompetenz, der Durchhalte- und Selbstbehaup tungsfähigkeit sowie der Fähigkeit zu Spontanaktivitäten. Die Fähigkeit zu fami liären beziehungsweise intimen Beziehungen sei laut den Schilderungen des Beschwerdeführers aber auch denjenigen seiner Ehefrau schon länger nicht mehr vorhanden. Er leide permanent unter einem schlechten Gewissen, weil er seine Kinder nicht unterstützen könne und er ständig emotional abwesend sei. Laut seinen Schilderungen schaffe er es zudem phasenweise beispielsweise nicht, am Morgen zu duschen, obwohl er sehr viel Wert auf Reinlichkeit lege (S. 3 Ziff. 7.4). In den Akten sei der Beschwerdeführer wiederholt als zu 100 % arbeitsunfähig beschrieben worden und er sei es nach wie vor und bis auf Weiteres (S. 3 Ziff. 8.1/2). Eine kurze Zeit lang habe sich sein

psychischer Zustand verbessert, weil er die Hoffnung gehabt habe, über Online-Marketing Geld zu verdienen. Er habe sich jedoch schnell eingestehen müssen, dass er ein sinnvolles Arbeitspensum nicht schaffen würde. Er habe ständig Angst, dass er die kleinsten Dinge nicht schaffe, und verliere schon sehr viel Energie, bis er zur Entscheidung gelange, etwas zu tun (S. 4). 3.6

RAD-Arzt D.\_\_\_\_ führte hierzu am 8. Januar 2020 aus, in der Stellungnahme werde kein neuer medizinischer Sachverhalt dargelegt, es werde der bekannte Sachverhalt anders beurteilt. Auf das Gutachten und die vorhergehende RAD-Stellungnahme könne uneingeschränkt abgestellt werden (Urk. 7/172 S. 3). 3.7

In ihrem Verlaufsbericht vom 11. Februar 2020 (Urk. 3/11) hielten med. pract. B.\_\_\_\_ und lic. phil. Z.\_\_\_\_ fest, neun Sitzungen zur EKT hätten keine Wirkung gezeigt. Der behandelnde Arzt der Psychiatrischen Universitätsklinik habe dies darauf zurückgeführt, dass es beim Beschwerdeführer eher um eine Angsterkrankung gehe, bei welcher die EKT nicht anschlage. Im gegenseitigen Einverständnis sei daraufhin die Behandlung abgebrochen worden. Am 15. August 2019 habe eine Umstellung der Medikation begonnen (S. 1). Der Beschwerdeführer befinde sich seit Jahren in einem schwer depressiven Zustand und sei - auch wenn er sehr motiviert sei - vollständig arbeitsunfähig. Mehrere Versuche mit medikamentöser Unterstützung und zwei EKT, die er aus Angst und weil sie nicht die gewünschte Wirkung gebracht hätten abgebrochen habe, hätten zu keiner Verbesserung des psychopathologischen Zustands geführt. Der Beschwerdeführer könne nicht zu einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik motiviert werden, da er Angst habe, dass sich sein psychischer Zustand noch weiter verschlechtern könnte. Aufgrund der chronifizierten, therapieresistenten Depression sei aber davon auszugehen, dass auch diese nicht zu einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit geführt hätte (S. 2). 4. 4.1

Nach der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung (vgl. Urk. 7/134) liegen nun mit dem Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und den Berichten der behandelnden Ärzte zwei grundlegend verschiedene Einschätzungen vor. Med. pract. B.\_\_\_\_ und lic. phil. Z.\_\_\_\_ gingen im Wesentlichen von einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell schwere Episode ohne psychotische Symptome, sowie einem Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung aus (E. 3.2), wohingegen der Gutachter Dr. C.\_\_\_\_ lediglich eine Dysthymia in der Folge sozialer Belastungen und körperlicher Krankheit bei akzentuierten Persönlichkeitszügen feststellte (E. 3.3). 4.2

Soweit der Beschwerdeführer gegen das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vorbringt, er habe keine Chance gehabt, sein Befinden genau zu beschreiben, es sei ihm schwergefallen, im freien Gespräch die richtigen Worte für die Beschreibung seines Befindens zu finden, und er sei im Vorfeld davon ausgegangen, dass ihm konkrete Fragen gestellt würden (E. 2.2), ist dem entgegen zu halten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung gemäss seinem ausdrücklichen Wunsch systematisch befragt wurde, wobei er weiter spontan unter anderem Angaben zu seinen Beschwerden und deren Entwicklung formuliert hat (E. 3.3).

Ebenso ist zur vom Beschwerdeführer monierten ungenügenden Dauer der Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_ (E.

## **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. 13**

). Eine teil- und/oder vollstationäre Therapie konnte bislang noch nicht durchgeführt werden (Urk. 7/147 S. 14; vgl. auch E. 3.5) und die zweimal begonnene EKT brach der Beschwerdeführer wieder ab (Urk. 7/147 S. 14; vgl. auch E. 3.5 und 3.7). Damit wurden noch nicht alle therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft, so liegen beispielsweise auch keine Angaben zu alternativen Behandlungsmethoden vor und es fand bislang keine stationäre Therapie statt .

Als Komorbidität ist der im Jahre 2015 erlittene Schlaganfall sowie die nachfolgende Herzoperation zu erwähnen, wobei sich der Beschwerdeführer davon unbestrittenmassen vollständig erholt hat (vgl. Urteil vom 16. Mai 2018, E. 4.1, Urk. 7/134). 5.3.2

Bezüglich Persönlichkeit ergeben sich sodann keine wesentlichen, einschränken den Faktoren. Dr. C.\_\_\_\_

erhob zwar akzentuierte Persönlichkeitszüge (sensibel, emotional labil, dysphorisch-ängstlich, perfektionistisch, leistungsorientiert, narzisstisch), verneinte jedoch das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung . Dem Beschwerdeführer sei denn auch eine tatsächlich angemessene persönliche, berufliche, soziale und familiäre Lebensbewährung bis zumindest 2015 möglich gewesen (Urk. 7/147 S. 26). 5.3.3

Betreffend den sozialen Kontext ist bekannt, dass der Beschwerdeführer verheiratet ist und zwei schulpflichtige Kinder hat. Eine soziale Desintegration ist nicht vorhanden. Die Willensanstrengung zur Bewältigung seiner Defizite ist dem Beschwerdeführer auch gemäss seinen eigenen Angaben möglich. Er geht spazieren oder ins Fitnessstudio, schaut fern und nutzt das Internet. Den Tag verbringt er strukturiert, arbeitet im Haushalt mit und kümmert sich um die Kinder. Ab und zu pflegt er Kontakt mit einem Kollegen und telefoniert mit der Mutter und einer Schwester (Urk. 7/147 S. 26 f.). Damit verfügt der Beschwerdeführer durchaus über soziale Ressourcen, auch wenn er sich selber wünscht, sich noch mehr um seine Kinder kümmern zu können. 5.4

Zu prüfen ist weiter die zweite Kategorie der «Konsistenz». Bei der Umschreibung des sozialen Umfeldes im Rahmen des Indikators «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» fällt auf, dass der Beschwerdeführer abgesehen von seiner Familie, seiner Mutter und einer Schwester wenig Kontakte zu haben scheint, ab und zu trifft er sich mit einem Kollegen. Er ist jedoch in der Lage, seinen Tag strukturiert zu gestalten und auch verschiedenen Tätigkeiten nachzugehen (spazieren, Fitness, Internet, TV, Haushalt). Insgesamt ist demnach nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer über gar keine Fähigkeiten zu einer selbständigen Alltagsgestaltung und ausserhäuslichen Tätigkeiten verfügt.

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des «behandlungs- und eingliederungsanmessen» ist schliesslich festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit Oktober 2012 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befindet und auch eine antidepressive Medikation erhält. Nachdem jedoch die Therapiesitzungen lediglich alle zwei Wochen stattfinden, die begonnenen EKT zweimal wieder abgebrochen wurde und der Beschwerdeführer die ihm dringend empfohlene stationäre Therapie verweigert, bestehen angesichts der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten schweren depressiven Episode Zweifel am tatsächlich bestehenden Leidensdruck. 5.5

Zusammenfassend führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass auf die Beurteilung des Gesundheitszustandes und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C. \_\_\_ ergeben, abgestellt werden kann. Dementsprechend ist aufgrund der diagnostizierten Dysthymia davon auszugehen, dass weder in der angestammten noch in einer leidensangepassten Tätigkeit eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht.

Diese Beurteilung wird sodann dadurch gestützt, dass es sich bei der diagnostizierten Dysthymia

gemäss ICD-10: F34.1 um eine chronische depressive Verstimmung handelt, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllt (Dilling, Mombour, Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Bern 2015, S. 183). Nach objektiven Kriterien handelt es sich somit nicht um eine schwerwiegende psychiatrische Krankheit mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, deren Überwindung dem Beschwerdeführer nicht zuzumuten wäre. Die beim Beschwerdeführer zusätzlich vorliegenden akzentuierten Persönlichkeitszüge sodann führen im sozialen Bereich zu Schwierigkeiten, die bei Personen ohne diese Merkmale nicht im gleichen Ausmass vorliegen dürften. Trotzdem schloss der Beschwerdeführer nach seiner Flucht in die Schweiz berufsbegleitend ein Bauingenieur-Studium und arbeitete anschliessend bis ins Jahr 2014 als Projektingenieur in einem Pensum von 80 bis 100 % (vgl. Urk. 7/147 S. 16).

Zusammenfassend können die beim Beschwerdeführer vorliegenden psychischen Beeinträchtigungen zwar ICD-10-konform umschrieben werden, stellen jedoch dennoch - wie dies auch der psychiatrische Gutachter festgestellt hat - keine psychische Störung dar, welche zu einer invalidierenden versicherungsrechtlich relevanten Einschränkung der Erwerbsfähigkeit führen würden. Den beim Beschwerdeführer festgestellten Beeinträchtigungen kommt somit insgesamt kein Krankheitswert im Sinne des IVG zu und es liegt somit auch kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor. Demnach besteht kein Anspruch auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Jacqueline Schmid Bürkli - 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 Mosimann Kübler-Zillig

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