

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00605 vom 1. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00605

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00605 du 1 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00605 del 1 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1959, machte in den Jahren 1988 bis 1992 eine Anlehre als Schuhmacher und war nach eigenen Angaben von 1992 bis 2016 als selbständiger Schuhmacher tätig (Urk. 8/4, Urk. 8/15 Ziff. 5.2 und 5.4, Urk. 8/22). Unter Hinweis auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit meldete sich der Versicherte am 11. April 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/15). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte zunächst die erwerbliche Situation (Urk. 8/22, Urk. 8/28) ab. Am 15. September 2017 teilte sie dem Versicherten mit, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Anspruch auf eine Rente geprüft werde (Urk. 8/31). Daraufhin nahm sie medizinische Abklärungen (Urk. 8/38, Urk. 8/43, Urk. 8/46, Urk. 8/51, Urk. 8/54) vor und wies den Versicherten nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD, siehe Stellungnahme vom 5. Januar 2018, Urk. 8/55/3) mit Schreiben vom 9. Januar

2018 (Urk. 8/39) auf seine Schadenminderungspflicht und die durchzuführende Behandlung im Sinne einer Intensivierung der Psychotherapie und Anpassung der Pharmakotherapie sowie eines stationären Aufenthalts hin. Vom 2. Mai bis zum 19. Juni 2018 begab sich der Versicherte in die stationäre Behandlung der Y.____ AG (Urk. 8/46). Nach weiterer Rücksprache mit dem RAD

(vgl. Stellungnahmen vom 6. Dezember 2018, vom 15. und 18. März 2019 sowie vom 21. Januar 2020, Urk. 8/55/

E. 1.1

und 2.2). Der Beschwerdeführer sei zugänglicher und hoffnungsvoller geworden, was seinen gesundheitlichen Zustand anbelange. Es sei für ihn sehr wichtig, sich selbstwirksamer zu erleben. Es bestehe weiterhin eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit, was das Belastungsniveau deutlich senke. Mit dem Klinikaufenthalt fühle sich der Beschwerdeführer 10-20 % besser, dies auch bedingt durch die neue Medikation (Ziff. 3.1). Ein Arbeitsversuch mit zu Beginn zwei Stunden pro Tag mit langsamer Steigerung sei zumutbar. Eine weitere Verbesserung der psychischen Befindlichkeit durch positive Selbstwirksamkeitserfahrungen sei dadurch wünschenswert (Ziff. 3.3). Durch die weitere psychotherapeutische Begleitung sowie die Atemtherapie könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (Ziff. 4.1) . 3.6

Dipl.- med .

B.____ hielt in einer weiteren Stellungnahme vom 6. Dezember 2018 (Urk. 8/55/5) fest, den Angaben des behandelnden Arztes zufolge habe sich der Gesundheitszustand stabilisiert.

Aus dessen Sicht könne ein Arbeitsversuch, beginnend mit zwei Stunden pro Tag begonnen werden. Dabei sollte es sich um eine leichte handwerkliche Tätigkeit mit reduzierter Stressbelastung (Lärm, Körperhaltung, Kundenkontakt) handeln. Der Therapeut erwarte hierdurch eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes durch positive Selbstwirksamkeit. Nach wie vor liege eine mittelgradige depressive Episode einer rezidivierenden depressiven Störung vor. Ein Klinikaufenthalt sei erfolgt und dieser habe den Gesundheitszustand um 10-20 % verbessern können. Die auferlegte Schadenminderungspflicht sei erfüllt worden. Infolge des verbesserten Gesundheitszustands bestehe hohes Eingliederungspotential. Es werde daher empfohlen, die entsprechenden Schritte in die Wege zu leiten. 3.7

Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie des RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 18. März 2019 (Urk. 8/55/6-7) aus, dass die medizinische Sachlage nicht vollständig nachvollziehbar sei. Aufgrund der nicht klar nachvollziehbaren psychiatrischen und somatischen Diagnosen, die fachfremd miteinbezogen worden seien und von denen keine Unterlagen vorliegen würden, und dem Einbezug von krankheitsfremden Faktoren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Prognose müsse zuerst die Aktenlage vervollständigt werden. Danach sei eventuell eine Begutachtung (Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie) einzuleiten. 3.8

Im Bericht vom 2. Juli 2019 hielten

Dr. Z.____ und Fachpsychologin A.____

eine moderat verbesserte Befundlage und eine weiterhin verminderte Leistungsfähigkeit im Umfang von 60 % fest. Am besten wäre eine gleichwertige Tätigkeit im Anstellungsverhältnis zu höchstens 40 %. Der Beschwerdeführer sei vermindert belastbar. Die Prognose sei ungünstig. Mit Psychotherapie und Psychopharmakotherapie sei es bisher mehr oder weniger gelungen, ein psychisches Gleichgewicht und die Alltagsbewältigung zu gewährleisten. Ein Belastbarkeitstraining mit zu Beginn zwei Stunden pro Tag langsam aufbauen sei möglich (Urk. 8/51). 3.

E. 1.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend 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, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und

nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3).

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. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten

unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, gemäss Stellungnahme des RAD würden keine Diagnosen mit langanhaltender/dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Zudem bestünden zahlreiche psychosoziale Faktoren, welche nicht berücksichtigt werden könnten. Da keine langandauernde gesundheitliche Einschränkung vorliege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Berufliche Massnahmen seien deshalb auch nicht angezeigt (S. 2). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, die Aktenbeurteilung des RAD greife zu kurz und sei weder schlüssig noch nachvollziehbar. Die Ärzte der Y.____ attestierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Weshalb gemäss RAD lediglich eine Dysthymie vorliegen solle, werde nicht weiter begründet (S. 7 f.). Selbst der RAD komme in seiner Beurteilung zum Schluss, dass er vom 1. Januar 2017 bis 1

E. 5

-9) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/56; Urk. 8/57, Urk. 8/61) verneinte die IV-Stelle

mit Verfügung vom 30. Juli 2020 einen Leistungsanspruch (Urk. 8/63 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 11. September 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Juli 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere sei ihm eine ganze Rente ab dem 1. Januar 2018 zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Seiner Beschwerde legte er eine Stellungnahme der behandelnden Psychotherapeutin vom 8. September 2020 bei (Urk. 3/4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2020 (Urk.

E. 5.1

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. 600.-- anzusetzen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

E. 5.2

Für das Beschwerdeverfahren wurde mit Verfügung vom 5. November 2020 das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung

gutgeheissen, wobei die Rechtsvertreterin ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass sie die Möglichkeit zur Einreichung einer Honorarnote habe (Urk. 9). Nachdem keine Honorarnote eingegangen ist, ist die Prozessentschädigung gemäss

§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen. Vorliegend erscheint eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen, welche die Beschwerdegegnerin der unentgeltlichen Rechtsvertreterin zu bezahlen hat. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. Juli 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Leistungsanspruch verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Angela Widmer-Fäh, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Angela Widmer-Fäh - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 5. November 2020 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 9

Dr. med. D. ___ führte im Bericht vom 23. Oktober 2019 (Urk. 8/54) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit August 1996 (Ziff. 1.1),

und nannte als Diagnose eine langsam progrediente Depression mit Schwindel (Ziff. 2.1-4). Die Prognose sei schlecht (Ziff. 2.7) und es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Ziff. 4.1-4) . 3.

E. 10

Dr. C.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. Januar 2020 (Urk. 8/55/8-9) fest, eine Dysthymie könne nicht zusammen mit einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert werden. Aufgrund des psychopathologischen Befundes, der keine mittelgradige depressive Symptomatik erkennen lasse, müsse von einer Dysthymie ausgegangen werden, allenfalls von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei Tod der Partnerin, Aufgabe des eigenen Geschäfts, finanziellen Problemen und Existenzängsten. In diesem Sinne müsste eigentlich auch eine volle Arbeitsfähigkeit möglich sein. Wegen der längeren Krankschreibung sollten allfällige berufliche Massnahmen mit einem 50 % -Pensum begonnen werden. Bezüglich der häufigen Müdigkeit trotz genügend Schlaf müsse eruiert werden, ob der Beschwerdeführer erneut Benzodiazepine einnehme. Gravierende Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit seien keine ersichtlich. Dokumentiert sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Januar 2017 sowie eine Verbesserung ab dem 20. Juni 2019. Aus Sicht des RAD sei eine derart lang anhaltende, volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachzuvollziehen. Eine Dysthymie sei grundsätzlich nicht arbeitsrelevant, eine Anpassungsstörung könne eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründen, jedoch per Definition keine dauerhafte. Ein lang anhaltender/dauerhafter Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen. 3.

E. 11

Psychotherapeutin A.____ nannte im Bericht vom 8. September 2020 (Urk. 3/4) als Diagnosen eine chronifizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2). Dazu hielt sie fest, es zeige sich beim Beschwerdeführer eine stark getrübe, grüblerische Grundstimmung, Hemmung im Antrieb, Einengung im Denken sowie ein genereller Interesse- und Initiativverlust. Er sei zurzeit entscheidungsunfähig, habe Angst vor Diskriminierung und Bewertung und fühle sich hoffnungslos im Hinblick auf seine Zukunft. Er sei oft innerlich unruhig, aufgewühlt und würde gerne weinen, könne dies aber nicht. Es bestehe eine dauerhafte Müdigkeit, trotz eher zu viel Schlaf. Das Zustandsbild habe sich seit dem letzten Bericht vom Juli 2019 verschlechtert. Als Ursache würden die Perspektivlosigkeit, Zukunftsängste und Abhängigkeiten geschildert. Er schildere schwer ertragbare Gefühle der Traurigkeit sowie Zukunftsängste, die sich verschlimmern würden. Er habe Mühe, dem Alltag eine Sinnhaftigkeit abzugewinnen. Er habe seine Würde verloren. Weder der stationäre Aufenthalt noch die Umstellung der Medikation hätten längerfristig zu einer Verbesserung seines Leidens geführt. Seine prekäre Lebenssituation werde zunehmend zu einer zermürbenden Belastung und führe zu Einschränkungen in vielen Lebensbereichen. Es zeige sich eine vulnerable Persönlichkeit mit geringen psychosozialen Ressourcen. Als der Beschwerdeführer bis 2016 noch seiner Arbeit nachzugehen bemüht gewesen sei, habe sie ihn als ausgeprägt pflichtbewussten und gewissenhaften Berufsmann mit grosser Identifikation für die Arbeit erlebt. Der zunehmende psychische Kräfteverlust und der plötzliche Tod der Partnerin hätten die bereits jahrelang manifeste depressive Symptomatik verstärkt und der Beschwerdeführer sei zunehmend pessimistischer und hoffnungsloser geworden. Aus psychologischer Sicht sei derzeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch im Wesentlichen mit der Begründung, dass sich die gesundheitlichen Beschwerden des Beschwerdeführers verbessert hätten, keine Diagnosen mit langanhaltender/dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und zudem invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante psychosoziale Faktoren vorliegen würden.

Es ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass die von den behandelnden Psychiatern geschilderten Symptome nicht besonders zahlreich und ausgeprägt sind. Es scheint fraglich, ob die von den behandelnden Ärzten und Fachpersonen gestellte Diagnose einer chronifizierten mittel- bis schwergradigen depressiven Störung gerechtfertigt ist. Es ergibt sich sodann auch aus den Akten, dass unter intensivierter und stationärer Behandlung eine Besserung des Zustandes erreicht werden konnte. Im Weiteren steht fest, dass die invalidenversicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigenden

psychosoziale Faktoren

(Aufgabe des eigenen Geschäfts, Tod der Partnerin und finanzielle Probleme) in den medizinischen Akten immer wieder erwähnt werden. Die Verneinung des Vorliegens eines langanhaltenden/dauerhaften Gesundheitsschadens basiert aber auf einer reinen Aktenbeurteilung durch die RAD-Ärztin Dr. C.____. Diese hat den Beschwerdeführer nicht selber gesehen und untersucht. Dies wäre aber angezeigt gewesen, da es vorliegend nicht bloss um die Beurteilung eines im Wesentlichen feststehenden Sachverhalts ging (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_159/2016 vom 2. November 2016 E. 3.4).

Die Beschwerdegegnerin nahm die vom behandelnden Psychiater im Dezember 2017 erwähnte Therapieempfehlung eines stationären Aufenthalts zum Anlass, dem Beschwerdeführer eine Massnahme zur Schadenminderung aufzuerlegen (Urk. 8/39). Die im Rahmen des stationären Aufenthalts und insbesondere durch die angepasste Pharmakotherapie erreichte Besserung und Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustands schlug sich jedoch nur unwesentlich in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit nieder (Urk. 8/46). Dr. med. C.____ hielt

in einer (früheren) Stellungnahme vom 18. März 2019 selbst fest, dass aufgrund der nicht klar nachvollziehbaren psychiatrischen Diagnosen, der fachfremd miteinbezogenen somatischen Diagnosen, über welche keine Unterlagen vorliegen würden, und des Einbezugs von krankheitsfremden Faktoren bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und der Prognose zuerst die Aktenlage vervollständigt werden müsse und danach eventuell eine Begutachtung in den Fachrichtungen Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie einzuleiten wäre. Die Beschwerdegegnerin befragte den Beschwerdeführer

danach (erneut) über die behandelnden Ärzte (Urk. 8/47-48) und holte in der Folge Berichte beim Hausarzt Dr. D.____ und dem behandelnden Psychiater Dr. Z.____ sowie der behandelnden Psychotherapeutin A.____ ein. Neue Erkenntnisse hinsichtlich der von Dr. C.____ geäusserten Zweifel an den gestellten Diagnosen und der Beurteilung

der Arbeitsfähigkeit ergaben sich daraus offenbar keine. Trotz bestehender Zweifel an den psychiatrischen und somatischen Diagnosen nahm die Beschwerdegegnerin keine weiteren Aufklärungen oder eine eigene Untersuchung vor, dies obwohl in den Berichten auf frühere Behandler (beispielsweise Klinik für Neurologie des Universitätsspitals E.____) hingewiesen wurde (vgl. Urk. 8/38 Ziff. 1.2). Dr. C.____

versuchte vielmehr ohne eigene Untersuchung die gestellten Diagnosen und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Zweifel zu ziehen, wobei sie die somatischen Diagnosen, obwohl in einer früheren Stellungnahme der RAD-Internistin dipl.-med.

B. ___ noch als Diagnose n mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (vgl. Urk. 8/55/3), unberücksichtigt liess und gar nicht mehr aufführte (vgl. Urk. 8/55/8-9). Soweit sie schliesslich darauf hinwies, dass eine Dysthymie nicht zusammen mit einer gegenwärtig mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung attestiert werden könne, ist festzuhalten, dass die Fachärzte der Y. ___

eine rezidivierende depressive Störung im Sinne einer Double Depression bei anamnestisch vorbekannter Dysthymie attestierten. Dass die behandelnden Ärzte, welche bis dahin die Dysthymie als Differentialdiagnose aufführten, in der Folge neben der depressiven Störung eine Dysthymie attestierten, kann wohl darauf zurückgeführt werden. Angesichts der offenbar seit Jahren bestehenden und inzwischen chronifizierten depressiven Störung erscheint die Diagnose einer Double Depression durchaus plausibel.

Es ist nach dem Gesagten aufgrund der vorhandenen Abklärungen nicht hinreichend erstellt, dass lediglich ein psychosozial bedingtes Beschwerdebild und damit kein langanhaltender/ dauerhafter Gesundheitsschaden vorliegen.

Beim derzeitigen Stand der medizinischen Akten lässt sich nicht mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit ausschliessen, dass die psychosozialen Belastungsfaktoren

vor dem Hintergrund der vorbestehenden langanhaltenden depressiven Verstimmung und des weiteren Verlaufes eine eigentliche Beeinträchtigung der psychischen Integrität bewirkt haben, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden in Form der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner Folgen verschlimmert haben. 4. 2

Entscheidend für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden ist neben einer korrekten Diagnostik in jedem Fall die Frage der Auswirkungen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung auf das funktionelle Leistungsvermögen, wobei gemäss der seit November 2017 geltenden bundesgerichtlichen Praxis (BGE 143 V 409 und 418) in diesem Zusammenhang grundsätzlich für sämtliche psychischen Leiden das indikatorengeleitete Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 zur Anwendung gelangt. 4. 3

Die vorzunehmenden medizinischen Abklärungen werden sich damit einerseits auf die Thematik zu beziehen haben, ob überhaupt ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vorliegt. Von fachärztlicher Seite wurde dies bis anhin nicht ausreichend beleuchtet. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte geht auch nicht eindeutig hervor, ob die psychosozialen Belastungsfaktoren als invaliditätsfremde Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert wurden oder nicht. Sodann lassen weder die Berichte der behandelnden Ärzte noch die Stellungnahmen des RAD vom 18. März 2019 und 21. Januar 2020 eine abschliessende Beurteilung der massgebenden Indikatoren zu.

Ein Beweisverfahren erscheint jedoch als erforderlich: Es verhält sich vorliegend nicht so, dass genügend beweismässige fachärztliche Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbarer begründeter Weise verneinen; im Gegenteil liegt keine genügende fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Zudem liegen neben der zuletzt im Sinne einer

Verschlechterung sogar als schwergradig eingeschätzten chronifizierten depressiven Störung möglicherweise eine neurologische Komorbidität mit attackenartigem Drehschwindel und Schmerzen im Nacken und im unteren Rücken vor, die der näheren Abklärung bedürfen. Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als ungenügend abgeklärt.

Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese eine neurologische sowie psychiatrische (gegebenenfalls auch eine rheumatologische) Untersuchung veranlasse, gestützt auf welche die Auswirkungen der festgestellten Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung anhand der Standardindikatoren einzelfallgerecht und ergebnisoffen beurteilt werden.

Nach Vorliegen der notwendigen Angaben wird über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers (berufliche Massnahmen und Invalidenrente)

neu zu befinden sein. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

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