

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00680 vom 2. Mai 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00680](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00680)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00680 du 2 mai 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00680 del 2 maggio 2021

## **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**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 1.4**

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 objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

### **E. 1.6**

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. 1.7**

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014

vom 29. Juni 2015 E. 4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl.

BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4).

### **E. 1.8**

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E.

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang an dauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).

### **E. 1.9**

Demnach besteht einerseits das rechtsprechungsgemässe Verbot unzulässiger juristischer Parallelprüfung im Vergleich zur Arbeitsunfähigkeitsfestlegung durch die Gutachter. Andererseits umschreibt BGE 141 V 281 die Befugnis, im Rahmen der (freien) Überprüfung durch den Rechtsanwender von der ärztlichen Folgenabschätzung abzuweichen. Diese beiden Argumentationslinien sind wie folgt abzugrenzen: In allen Fällen ist durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch 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 Gutachtensteil (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 (BGE 143 V 418 E. 6). Der psychiatrische Sachverständige hat somit 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. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird, wenn sich daraus ein stimmiges Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse ergibt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 und E. 4.4), die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben.

Demgegenüber ist es in Abweichen von der ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung aus rechtlicher Sicht geboten, wenn die Einschätzung mit Blick auf die massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) nicht hinreichend und nachvollziehbar begründet erscheint respektive unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen nicht überzeugt (BGE 145 V 361 E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2019 vom 14. Mai 2020 E. 2.1).

### **E. 1.10**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 1. September 2020 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 5. Oktober 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dieselbe sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente, eventuell eine Dreiviertelsrente zuzusprechen (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2021 (Urk. 8) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, wovon dem Beschwerdeführer am 2. Februar 2021 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 1. September 2020 (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer nach Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk. 9/99) im September 2018 aus psychischen Gründen dauerhaft in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, und dass ihm sowohl die Ausübung

der bisherigen Tätigkeit als Wirtschaftsinformatiker als auch die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im zeitlichen Umfang von 100 % , bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 40 % , beziehungsweise im Umfang einer Arbeitsfähigkeit von insgesamt 60 % weiterhin zuzumuten sei, wobei aus somatischen Gründen keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei . Da dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit in einem Umfang von 60 % weiterhin zuzumuten sei, resultiere ein Invaliditätsgrad von 40 % ( Urk. 2 S. 2 f.).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bringt hiergegen vor, dass er während Jahren unter einem schwankenden Gesundheitszustand und insbesondere unter wiederkehrenden schweren beziehungsweise mittelgradigen depressiven Phasen gelitten habe, und dass sich dieses Leiden in Kombination mit einer Anpassungs- und Persönlichkeitsstörung sowie mit einem Schmerzleiden auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt habe , weshalb nicht von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % ausgegangen werden könne ( Urk. 1 S. 7). Insbesondere könne nicht auf das von der Beschwerde gegen ihn eingeholte psychiatrische und neuropsychologische

Gutachten ( vom 6. Januar 2020 und 8. November 2019) abgestellt werden. Vielmehr sei gestützt auf die Beurteilung der behandelnden Ärzte von einer Restarbeitsfähigkeit von 30 %

auszugehen. Allenfalls sei diesbezüglich ein Gerichtsgutachten einzuholen (Urk.

1 S. 8). Da er auf Grund einer langjährigen Absenz vom Arbeitsmarkt bei einer Wiederaufnahme einer Tätigkeit als Wirtschaftsinformatiker (im teilzeitlichen Umfang) mit einem tieferen Verdienst rechnen müsste, sei die Invalidität zudem nicht anhand der Methode des Prozentvergleichs , sondern gemäss derjenigen des Einkommensvergleichs zu bemessen ( Urk. 1 S. 9). Daraus resultiere ein Anspruch auf eine ganze Rente beziehungsweise mindestens ein solcher auf eine Dreiviertelrente (Urk. 1 S. 11). 3. 3.1

Im Folgenden gilt es vorerst die für den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers massgeblichen medizinischen Akten zu prüfen. 3.2

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , stellte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2016 ( Urk. 9/39) eine protrahiert langsame progrediente Verbesserung des Gesundheitszustandes mit grossen Zustandschwankungen seit dem Monat Juli 2016 fest und erwähnte, dass der Beschwerdeführer unter körperlichen Beschwerden im Sinne von Schwitzen, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, Schulter- und Rückenschmerzen sowie unter Fusschmerzen leide. In psychischer Hinsicht leide er unter einer grossen Angst vor einem beruflichen Wiedereinstieg und davor, an einer neuen Stelle nicht zu genügen, sich sozial falsch zu verhalten und vom Arbeitsumfeld und Vorgesetzten nicht akzeptiert zu werden , sowie unter einer persönlichen Verunsicherung, Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, Lustlosigkeit und Ärger. 3.3

In seinem Bericht vom 25. Oktober 2016 ( Urk. 9/38/9-11) erwähnte Dr. A.\_\_\_\_ , dass der Beschwerdeführer seit dem 2. Februar 2011 in seiner Behandlung stehe ( Ziff. 2.1) , und stellte die folgenden Diagnosen ( Ziff. 7): - mittelschwere bis schwere depressive Episode bei im Vordergrund stehendem somatischem depressivem Syndrom - akzentuierte Persönlichkeit mit unsicherängstlichen und perfektionistischen Zügen

Der Arzt erwähnte, dass der Beschwerdeführer in der Vergangenheit unter einer Episode einer Major Depression gelitten habe, und dass er seit Beginn des Jahres 2014 unter der aktuellen depressiven Episode bei einer akzentuierten Persönlichkeit mit unsicher-ängstlichen-perfektionistischen Zügen

leide (Ziff. 7).

Gegenwärtig sei von einer partiell langsamem, progredienten Verbesserung des psychischen Zustandes, mit alternierendem Verlauf,

auszugehen (Ziff. 8). Vom 19. Oktober bis 6. Dezember 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, vom 7. Dezember 2015 bis 22. Mai 2016 eine solche von 80%

(bei einem Arbeitsversuch im Umfang eines Pensums von 20%) bestanden. Seit dem 23. Mai 2016 bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (Ziff. 3.4.4). Der Beschwerdeführer sei insbesondere bei einer Teilnahme an «forcierten» Eingliederungsmassnahmen beeinträchtigt, da es dabei zu einer Zunahme der Symptomatik kommen könnte. Die Arbeitsleistung sei infolge einer verminderten Durchhaltefähigkeit deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine starke Einschränkung der Lebensqualität, da der Beschwerdeführer einen grossen Teil seiner Tageszeit mit Erholung und Schlaf verbringe. Im Vergleich zum Therapiebeginn habe sich der Zustand bisher mässig verbessert (Ziff. 8). 3.4

In seinem Bericht vom 24. September 2018 (Urk. 9/103/1-6) stellte Dr. A.\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) mit/bei: - langdauernder Phase seit 2014 - fluktuierendem Verlauf mit mittelgradigen und schweren Episoden - somatischen Symptomen wechselnder Stärke - Chronifizierungstendenz und partielle Therapieresistenz seit Ende 2015 - akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 F73.1) mit unsicher-ängstlichen, sensitiv-kränkbaren und perfektionistischen Zügen

Daneben leide der Beschwerdeführer unter einer Adipositas und einer diabetischen Stoffwechsellage. Diese Leiden hätten indes keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.6).

Nach Abschluss einer Integrationsmassnahme habe Ende

August 2018 ein Arbeitsversuch auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht umgesetzt werden können, weil sich

der Beschwerdeführer

dazu nicht imstande gefühlt habe. Er habe befürchtet, dass er bei einem Arbeitsversuch im Umfang eines Pensums von 50%

überfordert gewesen wäre. Er habe die Ansicht vertreten, dass er lediglich eine Leistungsfähigkeit im Umfang von 40%

erreichen könne (Ziff. 2.2). Da berufliche Massnahmen nur eingeschränkt durchführbar seien, und da die Aufnahme eines Arbeitsversuches nicht möglich sei, sei bezüglich der Arbeitsfähigkeit eine ungünstige Prognose zu stellen (Ziff. 2.7). Der Beschwerdeführer leide unter einer depressiven Symptomatik mit Angst-, Selbstunwerts- und Kleinheitsgefühlen, mit Gefühlen der Insuffizienz, des Verzagtseins, der Hoffnungslosigkeit und des

Pessimismus sowie mit Schuldgefühlen bezüglich der von ihm erwarteten Leistungen ( Ziff. 4.4) . Grundsätzlich seien ihm die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sowie Integrationsmassnahmen im Umfang von drei bis vier Stunden im Tag zuzumuten ( Ziff. 4.1). Gegenwärtig bestehe vom 1. bis 28. September 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ( Ziff. 1.3). 3. 5

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , erwähnte in ihrem im Auftrag der Beschwerdeführerin erstatteten Gutachten vom 26. Februar 2019 ( Urk. 9/115/1-26), dass der Beschwerdeführer am 5. Dezember 2018 psychiatrisch untersucht worden sei (S. 2) , und stellte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20): - rezidivierende atypische depressive Störung (ICD-10 : F32.8) - akzentuierte perfektionistische und narzisstische Persönlichkeitszüge ( ICD-10: Z73.1)

Die Gutachterin erwähnte, dass der Beschwerdeführer unter Symptomen einer typischen depressiven Störung, wie Grübeln, Schlafstörungen, Ermüdbarkeit, Selbstwertzweifel, vermindertes Selbstvertrauen, Angst, Konzentrationsstörungen , Entscheidungsunfähigkeit, Schuldgefühle, Suizidgedanken, Libidoverlust und Schmerzen leide. Daneben leide er unter erhöhtem Schlafbedürfnis, unter Gereiztheit, Wut, Kampfeslust und unter erhöhter Kränkbarkeit ( bei Zurückweisungen ). Da es dem Beschwerdeführer möglich sei , auf positive Einflüsse zu reagieren, und da bei positiven Erlebnissen eine Verbesserung des Befindens eintrete, sei auf eine erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit zu schliessen. Obwohl die geschilderten Symptome, insbesondere die als schmerzlich und vernichtend erlebten Zurückweisungen oder Kränkungen, auch an eine narzisstische Persönlichkeit denken

liessen, sei von einer atypischen Depression auszugehen (S. 19) . Da Hinweise für einen Beginn der Symptome einer Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz in der Anamnese fehlten, könne eine Persönlichkeitsstörung nicht diagnostiziert werden. Sodann fehle auch ein typischer Mangel an Empathie . Es sei indes zumindest von akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen auszugehen. Dadurch sei indes das psychopathologische Zustandsbild nicht ausreichend zu erklären (S. 20). Der Beschwerdeführer habe bereits im Jahre 2006, als er als Wirtschaftsinformatiker bei der C.\_\_\_\_ AG den Eindruck gehabt habe , gemobbt zu werden, unter einem Störungsbild mit Reizbarkeit, Erschöpfung, verschiedenen somatischen Beschwerden und anderen depressiven Symptomen gelitten. Ohne dass er nochmals an den

bisherigen Arbeitsplatz bei der C.\_\_\_\_ AG zurückgekehrt sei, habe er anschliessend eine Stelle bei der Z.\_\_\_\_ AG angetreten . An diesem Arbeitsplatz seien erneut Probleme aufgetreten , welche mit den Problemen bei der C.\_\_\_\_ AG vergleichbar seien, und hätten zu einer zweiten depressiven Episode beziehungsweise möglicherweise zu einer Exazerbation einer noch nicht vollständig remittierten Depression geführt (S. 21).

Die störungsbedingten psychischen Symptome und Funktionseinbussen seien plausibel und konsistent und bestünden in allen Lebensbereichen (S. 22). Die Funktionseinschränkungen seien auf die depressive Störung zurückzuführen. Als Ressourcen verfüge der Beschwerdeführer über hohe berufliche Kenntnisse sowie über eine Motivation, wieder beruflich tätig zu sein (S. 23). Während unter den geschützten Bedingungen einer Integrationsmassnahme eine Leistungsfähigkeit von 60 %

habe erreicht werden können, müsse im ersten Arbeitsmarkt von einer höheren Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Da der Beschwerdeführer insbesondere in Führungsaufgaben und in der Interaktion mit Vorgesetzten sowie im Team beeinträchtigt sei, sei von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 80 % auszugehen. In der bisherigen Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 20 % auszugehen (S. 24). Die Ausübung einer angepassten, nicht hierarchisch strukturierten, selbständigen oder beratenden Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer in einem Umfang von 5 Stunden im Tag zuzumuten, wobei zusätzlich von einer Leistungsminderung im Umfang von 50 % auszugehen sei. Insgesamt sei dem Beschwerdeführer die Ausübung einer angepassten Tätigkeit in einem Umfang von 30 % zuzumuten (S.

25). 3.6

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 20. Juni 2019 (Urk. 9/165/9-11) aus, dass Dr. B.\_\_\_\_

in ihrem Gutachten vom 26. Februar 2019 weder die Aktenlage noch die zahlreichen Inkonsistenzen, bei welchen es sich um Aggravation handeln dürfte, genügend berücksichtigt habe. Sodann enthalte ihr Gutachten, insbesondere in Bezug auf den darin postulierten schweren Gesundheitsschaden, die gestellte Diagnose einer atypischen Depression sowie hinsichtlich der dem Beschwerdeführer in Bezug auf angepasste Tätigkeiten attestierten hochgradigen Arbeitsunfähigkeit (im Umfang von 70 %) keine nachvollziehbaren Begründungen. Da auf Grund der Akten eine Aggravation wahrscheinlich sei, sei eine ergänzende neuropsychologische Begutachtung mit Beschwerdevalidierung erforderlich, weshalb der Beschwerdeführer ergänzend bidisziplinär

(psychiatrisch und neuropsychologisch)

zu begutachten sei (Urk. 9/165/11). 3.7

Dr. phil. E.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, führte in ihrem neuropsychologischen Teilgutachten vom 8. November 2019 (Urk. 9/162/77-90) zum Hauptgutachten von Prof. F.\_\_\_\_

vom 6. Januar 2020 aus, dass der Beschwerdeführer gleichentags neuropsychologisch exploriert worden sei (Urk. 9/162/79), und dass er angegeben habe, unter starken Schmerzen im Bereich der Beine, Füße, Schulter und des Nackens sowie unter Schwindel und Alpträumen zu leiden (Urk.

## **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. 9

/ 162/81-82).

Die Gutachterin führte aus, dass die Testuntersuchungen mehrheitlich leichte isolierte kognitive Teilleistungsstörungen ergeben habe (Urk. 9/162/87), welche einer leichten neuropsychologischen Störung entsprächen (Urk. 9/162/88). Die Performanzvalidierung beziehungsweise die Validierung der testpsychologisch erfassten kognitiven Defizite habe lediglich in einem Parameter ein auffälliges Resultat ergeben, weshalb eine punktuelle Aggravation von kognitiven Einbussen nicht auszuschliessen sei. Insgesamt sei jedoch von einer ausreichenden Anstrengungsbereitschaft und validen Testergebnissen auszugehen (Urk. 9/162/86). Eine relevante Aggravation von kognitiven Defiziten und weiterer Beschwerden er scheine daher nicht als wahrscheinlich. Bei einer leichten neuropsychologischen Störung sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit mit eher höheren kognitiven Anforderungen, wozu die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers zu zählen sei, um höchstens 30 % eingeschränkt sein könne (Urk. 9/162/88). 3.8

Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Gutachten vom 6. Januar 2020 (Urk. 9/162/1-45), dass der Beschwerdeführer am 4. November

2019 psychiatrisch und am 8. November 2019 neuropsychologisch untersucht worden sei (Urk. 9/162/2), und dass die Erkenntnisse aus der neuropsychologischen Zusatzbegutachtung nach einem entsprechenden Konsensgespräch in das Hauptgutachten integriert worden seien (Urk. 9/162/8). Er stellte die folgenden Diagnosen (Urk. 9/162/36): - Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.80)

Der Gutachter erwähnte, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, dass er unter verschieden stark ausgeprägten Schmerzen, insbesondere unter Fuss schmerzen im Sinne von «brennenden Füßen», in die Hoden ziehenden Schmerzen im Oberbauch und Rücken und Schulterschmerzen mit Druck auf den Kopf und die Brust leide (Urk. 9/162/18). Zudem wache er in der Nacht regelmässig auf und leide unter einem stark gestörten Nachtschlaf (Urk. 9/162/23). Der Gutachter führte alsdann aus, dass weder auf Grund der Angaben des Beschwerdeführers noch auf Grund der Aktenlage ein schlüssiger rezidivierender depressiver Verlauf erstellt sei, weshalb die diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht erfüllt seien. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben nach Auftreten der depressiven Symptomatik nach Israel in den Urlaub gefahren sei, und dass er sich aus depressiven Episoden durch das Schreiben von Gedichten befreien könne, sei mit einer schweren depressiven Symptomatik nicht zu vereinbaren (Urk.

9/162/30). Vielmehr ergebe sich eher das Bild einer auf die äusseren belastenden Umstände affektiv reagierenden Persönlichkeit im Sinne einer Anpassungsstörung (Urk.

9/162/31). Beim Beschwerdeführer seien sodann sämtliche Eingangskriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung erfüllt (Urk.

9/162/32). Denn es sei nicht auszu schliessen, dass der Beschwerdeführer vor dem erstmaligen Auftreten der Symptomatik im Rahmen der Tätigkeit bei der C.\_\_\_\_ AG die narzisstische Problematik durch ein überdurchschnittlich erfolgreiches Berufsleben, durch

Anerkennung für seine besonderen Leistungen im Sinne des Studienabschlusses und einer Beförderung in eine Kader-Tätigkeit habe kompensieren können. Trotzdem könne ein Beginn der für eine Persönlichkeitsstörung massgebenden Symptomatik im späten Kindesalter oder in der Adoleszenz nicht als vollständig gesichert gelten (Urk. 9/162/34). Die diagnostischen Kriterien für eine somatoforme Störung beziehungsweise eine Somatisierungsstörung seien nicht erfüllt, weil der Beschwerdeführer die psychische Genese seiner Beschwerden erkenne und seine Beschwerden auf die beruflichen Kränkungen und sein Konzept der Depression zurückführe (Urk. 9/162/36).

Der Beschwerdeführer, welcher eine gute Intelligenz aufweise, einen breiten Freundeskreis habe (Urk. 9/162/34), guten Kontakt zu seiner Ursprungsfamilie pflege und Rückhalt in seiner intakten Familie mit Ehefrau und vier Kindern finde (Urk. 9/162/37), verfüge über deutlich überdurchschnittliche Ressourcen. Diese Ressourcen könne er indes auf Grund einer Interaktion zwischen dysfunktionalen Persönlichkeitszügen und der Anpassungsstörung mit affektiver Symptomatik nicht mehr zur Geltung bringen (Urk. 9/162/41). Der Beschwerdeführer könne auftretende berufliche Schwierigkeiten, vor allem im zwischenmenschlichen Bereich, auf Grund seiner narzisstischen Persönlichkeitsanteile nicht adäquat verarbeiten. Da er sich innerpsychisch mit diesen dysfunktionalen Persönlichkeitsanteilen nicht auseinandersetzen könne, erscheine eine Heilungschance als gering. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz des Aktivitätsniveaus bezüglich des allgemeinen Lebensbereichs und der Arbeitsfähigkeit. Denn der Beschwerdeführer verfüge über einen Freundeskreis, pflege intensiven Kontakt zu seiner Familie in Israel, besuche seine Verwandten in Israel regelmässig und sei auch in kreativer Hinsicht nicht eingeschränkt, da er Gedichte schreiben könne (Urk. 9/162/38). Bezüglich der geklagten Symptome und Funktionseinbussen bestünden viele Inkonsistenzen. Zudem sei eine Verdeutlichungstendenz offensichtlich (Urk. 9/162/25). Dabei gelte es insbesondere die Fokussierung des Beschwerdeführers auf die depressive Symptomatik zu nennen, obwohl die geschilderte Symptomatik, die Bewältigungsstrategien und Aktivitäten im Alltag gänzlich uncharakteristisch für schwerere Depressionen seien. Da in der neuropsychologischen Untersuchung keine Hinweise auf Aggravation festzustellen gewesen seien, sei eine bewusstseinsnahe Aggravation mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Vielmehr sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer durch das Wechselspiel der Anpassungsstörung und der dysfunktionalen Persönlichkeitsanteile in eine Abwärtsspirale gekommen sei, die im Sinne eines primären Krankheitsgewinns dem Beschwerdeführer eine Vermeidung der Auseinandersetzung mit seinen dysfunktionalen Persönlichkeitsanteilen ermögliche (Urk. 9/162/40).

Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Mathematiker beziehungsweise Wirtschaftsinformatiker sei dem Beschwerdeführer in einem vollzeitlichen Umfang zuzumuten (Urk. 9/162/41). Auf Grund der im Rahmen der affektiven Symptomatik noch bestehenden leichten neuropsychologischen Störung sowie auf Grund der affektiven Restsymptomatik selbst werde der Beschwerdeführer indes im Umfang von 40 % in seiner Leistung eingeschränkt. Seit Mitte des Jahres 2016 sei daher von einer Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 60 % auszugehen (Urk. 9/162/42). Die Ausübung einer der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers angepassten, verständnisvollen Tätigkeit in einem wohlwollenden Umfeld, in welchem seine überdurchschnittlichen Fähigkeiten respektiert und belohnt würden, sei ihm gegenwärtig im Umfang eines Arbeitspensums von

60 % zuzumuten. Bei positiver persönlicher Entwicklung und entsprechend günstiger äusserer Arbeitsbedingungen sei indes davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer in Zukunft die Ausübung einer angepassten Tätigkeit in voll zeitlichem Umfang und ohne Leistungseinbusse zuzumuten sein werde ( Urk. 9/162/43).

### 3.9

In seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2020 ( Urk. 9/165/12-13) führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass auf das Gutachten von Prof. F.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2020 abgestellt werden könne. Gestützt darauf sei davon auszugehen, dass der

Beschwerdeführer unter einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen und unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung leide, dass keine Aggravation vorliege, und dass dem Beschwerdeführer seit Mitte des Jahres 2016 die Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit und die Ausübung angepasster Tätigkeiten im vollzeitlichen Umfang, bei einer verminderten Leistungsfähigkeit im Umfang von 40 %, zuzumuten sei, was einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 40 % entspreche ( Urk. 9/165/12). 3.10

Dr. med. univ. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, erwähnte in ihrem Bericht vom 21. Januar 2020 ( Urk. 9/175/4-8), dass sie gleichentags vom Beschwerdeführer erstmals konsultiert worden sei, und stellte die folgenden Diagnosen ( Urk. 9/175/4): - episodische Cluster-Kopfschmerzen, seit August 2019, aktuell fast täglich eine Attacke - rezidivierende Depression - Spannungskopfschmerzen Nebendiagnosen: - Verdacht auf Schlafapnoe - Diabetes mellitus - Verdacht auf periphere diabetische Neuropathie bei « brennenden Füßen » - Muskelverspannungen mit Krämpfen im Unterschenkel - leichtes Übergewicht

Die Ärztin führte aus, dass der Beschwerdeführer unter episodischen Cluster-Kopfschmerzen, einer rezidivierenden Depression und Spannungskopfschmerzen leide. Ausserdem bestehe der Verdacht auf eine Schlafapnoe und eine diabetische Neuropathie bei « brennenden Füßen » sowie ein Torticollis links. Letztere stelle einen möglichen

Triggerfaktor der Kopfschmerzen dar. Es seien die Führung eines Kopfschmerzkalenders, Infiltrationen zur Behandlung der Cluster-Kopfschmerzen, eine medikamentöse Behandlung mit Lyrica beziehungsweise Lamotrigin sowie eine Infiltration zur Behandlung des

Torticollis angezeigt (Urk. 9/175/8).

In ihrem Bericht vom 2. Mai 2020 ( Urk. 9/175/1-3) stellte Dr. G.\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen ( Urk. 9/175/1): - Cluster Kopfschmerzen links, episodisch seit August 2019, aktuell mit Chronifizierungstendenz - chronische neuropathische Schmerzen, bei «brennenden Füßen», am ehesten auf Grund einer diabetischen Polyneuropathie - Spannungskopfschmerzen mit migräniformen Charakteristiken - rezidivierende Depression, am ehesten im Rahmen einer bipolaren Störung - Anpassungsstörung, ohne Narzissmus - Verdacht auf Schlafapnoe - Diabetes mellitus - generalisierte Muskelverspannungen - chronischer Schwindel, seit 2015 - leichtes Übergewicht - Torticollis links - Hypertonus (Differenzialdiagnose: Nebenwirkung von Cymbalta )

Die Ärztin führte aus, dass die Kopfschmerzattacken, welche beim Beschwerdeführer oft in der Nacht auftraten und jeweils 30 bis 60 Minuten dauerten, zusammen mit der

Schlafapnoe zu einer Schlafstörung führten. Auf Grund dieser Leiden sei der Beschwerdeführer in der Konzentration und Belastbarkeit deutlich eingeschränkt. Vor allem auf Grund der Cluster-Kopfschmerzen sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % auszugehen (Urk. 9/175/3). 3.11

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 19. August 2020 (Urk. 9/180/3) aus, dass die bei Dr. G.\_\_\_\_ im Januar 2020 begonnenen neurologischen Behandlungen bereits zu einer Symptomverbesserung mit rückläufigen Schmerzen geführt hätten, und dass mit weiteren Verbesserungen zu rechnen sei. Das von Dr. G.\_\_\_\_ erwähnte Konzentrationsdefizit auf Grund der Schlafstörung bei Cluster-Kopfschmerz sei neuropsychologisch nicht objektiviert und dessen Schweregrad nicht fachspezifisch bestimmt worden. Die Verdachtsdiagnose einer Schlafapnoe könne auf Grund einer fehlenden diagnostischen Objektivierung (im Rahmen einer Untersuchung im Schlaflabor) versicherungsmedizinisch keine Berücksichtigung finden. Die arterielle Hypertonie sei gut behandelbar. Obwohl eine Verminderung der Leistungsfähigkeit während den Schmerzattacken von einer Dauer von 30 bis 60 Minuten (täglich) nachvollziehbar sei, ergebe sich daraus keine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit, da diese Beeinträchtigung auf Grund der Kopfschmerzattacken von der Leistungsminderung (im Umfang von 40 %) gemäss der Beurteilung durch Prof. F.\_\_\_\_ mit umfasst werde. Eine objektivierende Diagnostik der von Dr. G.\_\_\_\_

gestellten Verdachtsdiagnose einer diabetischen Polyneuropathie (mittels Elektrophysiologie) sei bis anhin nicht durchgeführt worden, weshalb auch dieses Leiden bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht zu berücksichtigen sei.

Zudem habe die eingeleitete Behandlung zu einer Verbesserung geführt. Auch der Torticollis links habe unter der bestehenden Behandlung eine Verbesserungstendenz gezeigt. Aus neurologischer Sicht führten die neu gestellten Diagnosen eines Cluster-Kopfschmerzes, chronischen neuropathischen Schmerzen, eines Torticollis links und eines Hypertonus zu keiner Änderung des bestehenden IV-Grades beziehungsweise der von Prof. F.\_\_\_\_ festgestellten Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 40%. Vielmehr sei es dadurch nur zu einer vorübergehenden (zusätzlichen) Leistungseinschränkung gekommen, wobei die Behandlungen noch nicht abgeschlossen seien. 3.12

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in ihrem Bericht vom 2. Oktober 2020 (Urk. 3), dass sich der Beschwerdeführer seit dem 7. Juni 2020 in ihrer Behandlung befinde, und stellte die folgende Diagnose (S. 1): - mittelgradige depressive Episode bei Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung (Differenzialdiagnose: chronische depressive Störung und bipolare Störung) mit/bei: - anamnestisch hypomanische Phasen in der Vergangenheit und Verdacht auf eine narzisstische Persönlichkeitsstörung (Differenzialdiagnose: narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung)

Der Beschwerdeführer habe über mehrere Phasen hypomanischer Zustände in der Vergangenheit berichtet. Diese könnten Ausdruck der wechselnden emotionalen Zustände im Rahmen einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung sein. Eine manifeste manische Episode habe er indes nicht beschrieben.

Zudem leide der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben unter starken Schmerzen wechselnder Lokalität sowie andauernd im Bereich der Füsse (S. 1). Gegenwärtig bestehe

bei dem stark gekränkten, oft gereizten und nie d ergeschlagenen Beschwerdeführer, mit starkem Leidensdruck und Phasen starker Erschöpfung ,

eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 40 % (S. 2). 4. 4.1

Den erwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerde führer in somatischer Hinsicht unter körperlichen Beschwerden im Sinne von Schwitzen, sowie unter Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich der Brust (vor stehend E. 3.2), des Nackens, der Schulter, des Rückens, der Beine und der Füße leidet (vorstehend E.

3.7) . Gemäss der Beurteilung durch Prof. F.\_\_\_\_

habe der Be schwerdeführer sodann angegeben, dass die Rücken- und Schulterschmerzen ein Druck gefühl im Bereich des Kopf es und der Brust verursachten , und dass er unter einem gestörten Nachtschlaf leide (vorstehend E. 3.8) . Gemäss der Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ leide der Beschwerdeführer unter epis odischen Cluster-Kopf schmerzen und Spannungskopf schmerzen .

Zudem bestehe ein Verdacht auf eine Schlafapnoe und ein Verdacht auf eine diabetische Neuropathie sowie ein

Torticollis links , wobei der Torticollis ein möglicher Tri ggerfaktor der Kopf schmerzen sein könnte . Da Kopfschmerz attacken oft in der Nacht aufträten und jeweils 30 bis 60 Minuten dauerten, hätten diese zusammen mit der Schlaf apnoe zu einer Schlafstörung geführt (vorstehend E.

3.10).

Während Dr. G.\_\_\_\_ die Ansicht vertrat, dass der Beschwerdeführer auf Grund der Kopfschmerzattacken beziehungsweise der Cluster-Kopfschmerzen in der Konzentration und Belast bar keit deutlich eingeschränkt sei, und deshalb in einem Umfang von 70 % arbeits unfähig sei (vorsehend E.

3.10 ) , ging Dr. H.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 1 9. August 2020 (vorstehend E. 3.11 ) davon aus, dass ein Konzentrationsdefizit auf Grund der Schlafstörung bei Cluster-Kopfschmerz neuropsychologisch nicht objektiviert worden und dass dessen Schweregrad nicht fachspezifisch bestimmt worden sei . Sodann könne die von Dr. G.\_\_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose einer Schlafapnoe auf Grund einer fehlenden diagnostischen Objektivierung im Rahmen einer (schlafmedizinischen) Untersuchung in einem Schlaflabor versi che rungs medizinisch keine Berücksichtigung finden. Währen der Dauer der Schmerzattacken von jeweils 30 bis 60 Minuten sei eine Verminderung der Leis tungsfähigkeit indes nachvollziehbar. Eine Vermi nderung der Leistungsfähigkeit in diesem Umfang werde jedoch bereits von der von Prof. F.\_\_\_\_ festgestellten Leistungsminderung (im Umfang von 40 % ) mit umfasst. Da eine objektivierende Diagnostik der von Dr. G.\_\_\_\_ gestellten Verdachtsdiagnose einer diabetischen Polyneuropathie mittels Elektrophysiologie bis anhin nicht durchgeführt worden sei , und da die deswegen eingeleitete Behandlung zu einer Verbesserung geführt habe, sei dies bezüglich nicht von einer zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Gleiches gelte für den Torticollis links , der sich unter der bestehenden Behandlung verbessert habe.

Die neu festgestellten Leiden eines Cluster-Kopfschmerzes , der chronischen neuropathischen Schmerzen, eines Torticollis links und eines Hypertonus führten aus neurologischer Sicht daher im Vergleich zu der von Prof. F.\_\_\_\_

festgestellten Arbeitsunfähigkeit von 40 % zu keiner zusätzlichen andauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Vielmehr sei es dadurch lediglich vorübergehend zu einer zusätzlichen Leistungseinschränkung gekommen. 4.2

In psychiatrischer Hinsicht ging Dr. A. \_\_\_ davon aus, dass der Beschwerdeführer unter einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode bei im Vordergrund stehendem somatisch depressiven Syndrom (vorstehend E. 3.3) beziehungsweise unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode (vorstehend E. 3.4), sowie unter einer akzentuierten Persönlichkeit mit unsicher ängstlichen und perfektionistischen Zügen (vorstehend E.

3.3 und E.

3.4) leide, und dass ihm die Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit sowie die Teilnahme an Integrationsmassnahmen im Umfang von drei bis vier Stunden im Tag zuzumuten sei (vorstehend E. 3.4). Demgegenüber ging Dr. B. \_\_\_ in ihrem Gutachten vom 26. Februar 2019 (vorstehend E. 3.5) davon aus, dass der Beschwerdeführer unter einer rezidivierenden atypischen depressiven Störung und unter akzentuierten

perfektionistischen und narzisstischen Persönlichkeitszügen leide. Der Beschwerdeführer werde auf Grund der depressiven Störung in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und es sei von einer Restarbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von höchstens 20 %

und in angepassten Tätigkeiten von einer solchen von 30 %

auszugehen. In Berücksichtigung der Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen durch Dr. phil. E. \_\_\_ , welche in ihrem neuropsychologischen Teilgutachten vom 8. November 2019 (vorstehend E. 3.7) eine leichte neuropsychologische Störung festgestellt und die Ansicht vertreten hatte, dass die Arbeitsunfähigkeit in einer Tätigkeit mit eher höheren kognitiven Anforderungen, wozu die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers zu zählen sei, um höchstens 30 % eingeschränkt sein könne, ging Prof. F. \_\_\_ in seinem Gutachten vom 6. Januar 2020 (vorstehend E. 3.8) davon aus, dass der Beschwerdeführer unter einer Anpassungsstörung mit vorwiegend r Störung von anderen Gefühlen und unter einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung leide. Gestützt auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung ging Prof. F. \_\_\_ davon aus, dass eine bewusstseinsnahe Aggravation auszuschliessen sei. Prof. F. \_\_\_ ging sodann davon aus, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit als Mathematiker beziehungsweise Wirtschaftsinformatiker sowie die Ausübung einer angepassten Tätigkeit seit Mitte des Jahres 2016 in einem vollzeitlichen Umfang,

bei einer Leistungseinschränkung von 40 %, mithin im Umfang eines Arbeitspensums von 60 % zuzumuten sei, wobei in Zukunft

mit einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in zumutbaren angepassten Tätigkeiten zu rechnen sei. Damit übereinstimmend ging Dr. D. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 10. Januar 2020 (vorstehend E. 3.9) von einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in angepassten Tätigkeiten von 40 %

aus. Schliesslich ging Dr. I. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 2. Oktober 2020 (vorstehend E. 3.12) davon aus, dass der Beschwerdeführer unter einer mittelgradigen depressiven Episode bei Verdacht auf eine rezidivierende depressive Störung bei (anamnestisch) hypomanischen Phasen in der Vergangenheit und einem Verdacht auf eine narzisstische Persön

lichkeitsstörung leide, und attestierte ihm eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 40 % . 4.3

In somatischer Hinsicht vermögen die Beurteilungen durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 21. Januar und 2. Mai 2020 (vorstehend E. 3.10 ) insoweit nicht zu überzeugen, als sie einerseits davon ausging , dass der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit durch fast täglich auftretenden Kopfschmerzattacken im Sinne von Cluster-Kopfschmerzen von einer Dauer von 30 bis 60 Minuten

beeinträchtigt werde, wobei die Kopfschmerzattacken, oft in der Nacht aufträten und zusammen mit einer als Verdachtsdiagnose diagnostizierten Schlafstörung zu Einschränkungen der Konzentration und Belastbarkeit geführt hätten, und dass sie andererseits auf Grund dessen eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %

postulierte. Den Beurteilungen durch Dr. G.\_\_\_\_ lässt sich indes keine nachvollziehbare Begründung für den von ihr postulierten erheblichen Schweregrad der Arbeitsunfähigkeit von 70 % entnehmen. Zudem wurde

weder das festgestellte Konzentrationsdefizit auf Grund der Schlafstörung und des Cluster-Kopfschmerzes

von Dr. G.\_\_\_\_

neuro psychologisch erhoben , noch wurde die Verdachtsdiagnose einer Schlafapnoe schlafmedizinisch im Rahmen einer Untersuchung im Schlaflabor abgeklärt.

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