

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00706 vom 30. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00706

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00706 du 30 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00706 del 30 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

3. April 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankenkasse bei (Urk. 9/75) und holte bei Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein, das am

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

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 des Zivilgesetzbuches, ZGB) obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung der versicherten Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, vermute sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt (BGE 140 V 290 E. 4.1; 139 V 547 E. 8.1). Bleiben die Auswirkungen eines objektivierbaren wie auch eines nicht (bildgebend) fassbaren Leidens auf die Arbeitsfähigkeit trotz in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes sorgfältig durchgeführter Abklärungen vage und unbestimmt, ist der Beweis für die Anspruchsgrundlage nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 140 V 290 E. 4.1 mit Hinweisen auf die Literatur).

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V

409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

und Ziff. 1.5).

E. 1.5

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

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

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

E. 1.6

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.7

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 so mit 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). 2.

E. 2

Der

Versicherte erhob am 12. Oktober 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 1. September 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab November 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1 und 2), es sei die mit Schreiben vom 31. Oktober 2019 festgesetzte Schadenminderungspflicht aufzuheben (S. 2 Ziff.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Ausbilder zu 80 % arbeiten könne. In einer optimal angepassten Tätigkeit wäre er zu 100 % arbeitsfähig (S. 1 unten). Der Einkommensvergleich habe einen IV-Grad von 7 % ergeben, womit kein Rentenanspruch bestehe (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), auf die gutachterliche Beurteilung durch Dr. A.____ könne gemäss dem behandelnden Psychiater med. pract . B.____

nicht abgestellt werden. Es sei nicht schlüssig und nachvollziehbar . Der behandelnde Psychiater sehe ihn aktuell und auf längerfristige Sicht seit Juni 2015

als 100 % arbeitsunfähig für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit (S. 8 f. , S. 12). Die von der Beschwerdegegnerin angeordnete Schadenminderungspflicht sei eine reine Schikane und führe in keiner Weise zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, da eine Abstinenz seit mehreren Jahren aufgrund vorbestehender Ergebnisse angenommen werden müsse (S. 14) .

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob auf das psychiatrische Gutachten vom 28. August 2019 abgestellt werden kann. 3.

E. 3

), eventuell seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen (S. 2 Ziff. 4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 12. November 2020 (Urk.

E. 3.1

Die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik C.____, Ambulatorium D.____, berichteten am 1. September 2015 (Urk. 9/75/29-31) und nannten folgende Diagnosen (S. 2 Ziff. 4): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf bipolar II- Störung

Sie führten aus, der Beschwerdeführer beschreibe innerfamiliäre Schwierigkeiten (Gewalt in der Ehe der Eltern), was schliesslich zur Trennung der Eltern geführt habe, als er vier Jahre alt gewesen sei. Als er Teenager gewesen sei, sei die Mutter bald mit ihm überfordert gewesen, da er sich nichts habe sagen lassen. Ebenfalls habe er Cannabis zu konsumieren begonnen. Er sei dann in ein Internat im E.____ gesteckt worden, sei dort aber innerhalb von 24 Stunden rausgeflogen. Danach sei er 1.5 Jahre zu einer befreundeten Familie gekommen. Mit 18 Jahren habe er die erste eigene Wohnung gehabt. Er habe nach der obligatorischen Schulzeit eine KV-Lehre absolviert und das Handelsdiplom erlangt. 2010 sei er nach Zürich gekommen, wo er als Fitness-Instruktor gearbeitet habe. Der Beschwerdeführer habe schon in der Adoleszenz eine depressive Phase gehabt, die mit Ludiomil behandelt worden sei. Ebenfalls zirka im Jahre 2006 habe er eine depressive Phase gehabt, dazwischen fragliche hypomane Phasen mit Geldausgaben und verkürzter Schlafdauer (mit Cipralext behandelt). Kurz vor der Behandlung bei ihnen sei der Beschwerdeführer bei der Psychopol des Universitätsspitals F.____

mit den gleichen Symptomen vorstellig geworden, ausgelöst durch massive Konflikte mit einem Arbeitskollegen. Er sei von dort zugewiesen worden (S. 1). Der Beschwerdeführer leide unter einer depressiven Stimmung, Freud- und Interessenlosigkeit, Antriebsstörungen, vermindertem Selbstwert, Schuldgefühlen, Konzentrationsstörungen, Nervosität und Anspannung, Morgentief, Schlafstörungen und sporadischen Suizidgedanken. Er habe in Zürich einen kleinen Kollegenkreis. Mit seiner Familie habe er wenig Kontakt. Der Beschwerdeführer habe in der Zwischenzeit seine Arbeitsstelle bei G.____ am 30. November 2015 gekündigt. Er werde von ihnen weiter arbeitsplatzbezogen krankgeschrieben, solle sich aber beim RAV anmelden und ab sofort eine andere Arbeitsstelle suchen. Der Beschwerdeführer sei vom 22. Juni bis inklusive 3. September 2015 zu 100 % arbeitsunfähig (arbeitsplatzbezogen). Bei Rückkehr an seinen derzeitigen Arbeitsplatz müsste mit einer akuten Verschlechterung seines Befindens gerechnet werden. Bei einer anderen zumutbaren Erwerbstätigkeit sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsfähig (S. 2).

E. 3.2

Die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik C.____, Ambulatorium D.____, berichteten am 27. Januar 2016 (Urk. 9/23/2) und führten aus, bei Beginn der Behandlung bei ihnen (8. Juni 2015) sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie von einem Verdacht auf eine Bipolar II-Störung ausgegangen worden.

Der Beschwerdeführer sei arbeitsplatzbezogen 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden, weil davon ausgegangen worden sei, dass seine Erkrankung durch belastende Ereignisse an seinem Arbeitsplatz verursacht worden seien und er ansonsten vermittelbar gewesen sei. Aufgrund des Behandlungsverlaufs, der Anamnese und der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers sei zusätzlich zur Anfangsdiagnose retrospektiv von einem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 F61) auszugehen, weshalb eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn angezeigt sei.

E. 3.3

Med. pract. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 20. Juni 2016 (Urk. 9/8) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - bipolare Störung (ICD-10 F31, bipolar II Typ); gegenwärtig leicht depressive Phase, bestehend seit Jugend - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit histrionischen, ängstlich vermeidenden und zwanghaften Anteilen, seit Jugend bestehend

Er führte aus, der Beschwerdeführer sei seit Januar 2016 bei ihm in Behandlung. Bis Ende Mai 2016 hätten wöchentliche Sitzungen stattgefunden, seither sei die Behandlung unterbrochen (S. 1 Ziff. 1.2, S. 3 Ziff. 1.5).

Aus psychotherapeutischer Sicht hätten sich im Verlauf diagnostisch gesehen persistierende, unflexible, wohl seit langem bestehende, zwischenmenschliche Muster gezeigt. Im Kern scheinen dies Persönlichkeitsstrukturen stark zwanghaften und unsicher-vermeidenden Charakters, basierend auf Prägungen wahrscheinlich vor allem durch die Vaterfigur. Sekundär scheine sich darüber eine histrionische Fassade gestülpt zu haben. Im Rahmen der Psychotherapie sei versucht worden, hierzu differenzierte Selbstkonzepte zu entwickeln, was dem Beschwerdeführer auch gut gelungen sei. Die histrionische Seite habe in der Therapie recht gut abgelegt werden können. Allerdings scheine der Beschwerdeführer die Arbeit an den zwanghaften und unsicheren Anteilen sehr zu fordern. Da der Eindruck bestanden habe, dass der Beschwerdeführer trotz sehr guter Reflexionsfähigkeit kaum in die Handlung komme, sei zuletzt von seiner Seite und von Seite der unterstützenden, psychiatrischen Spitemeasure verstärkt auf konkrete Verhaltensexperimente gedrängt worden. Der Beschwerdeführer habe hierauf die psychiatrische Spitemeasure unterbrochen und sei auch für ihn nicht mehr erreichbar gewesen (S. 2 Ziff. 1.4). Die Prognose sei nicht einfach zu stellen, da er es bisher wie erwähnt nicht habe bewerkstelligen können, den Beschwerdeführer zu konkreten Konfrontationen mit der Arbeitswelt zu bewegen. Allerdings wirke auch dieser Umstand eindeutig krankheitsbedingt. Diese Umstände, zusammen mit den vielen Berufs- und Stellenwechseln in der Vorgeschichte, würden auf eine reduzierte Anpassungsfähigkeit, je nach Konstellation auf eine reduzierte Gruppenfähigkeit, auf eine reduzierte Flexibilität, sich an Regeln und Routinen zu gewöhnen, und auf eine reduzierte Gesamtbelastbarkeit hinweisen. Trotzdem sei es dem Beschwerdeführer gelungen, fast fünf Jahre beim gleichen Arbeitgeber zu arbeiten. Auch habe er sich die ersten zwei Jahre wohl auch gut geschützt und akzeptiert gefühlt, was die Ressourcenseite auch illustriere. Auch würden die intellektuellen Ressourcen als sehr gut wirken. Könne also eine stufenweise Reintegration, idealerweise begleitet zum Beispiel über ein Jobcoaching, in ein wertschätzendes, transparentes Arbeitsumfeld ohne allzu grossen zeitlichen und emotionalen Stress erfolgen, werde auch ein intaktes Potential gesehen (S. 3 Ziff. 1.4). Die Arbeitsfähigkeit sei durch die aktualisierten, negativen Selbst- und Beziehungsannahmen hochgradig eingeschränkt.

Mittelfristig sei eine Reintegration wohl zu 50-100 % möglich (S. 3 Ziff. 1.6).

E. 3.4

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beratender Arzt der Krankenversicherung des Beschwerdeführers, nahm am 21. November 2016 Stellung (Urk. 9/75/24-28) und führte aus, die vorliegenden Akten würden belegen, dass sich beim Beschwerdeführer eine manifeste Belastungssymptomatik gezeigt habe, welche gemäss den Angaben der ersten Behandlungsstelle auf einen Arbeitsplatzkonflikt zurückzuführen gewesen sei. Hierbei sei festgehalten worden, dass eine Rückkehr an die bisherige Arbeitsstelle nicht mehr zumutbar sei, dass aber in einer anderen angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % auszuweisen sei (S. 3). Die Durchsicht der vorgefundenen dokumentierten Psychopathologie verweise auf gewisse affektive Schwankungen sowie auf nur leichtgradige kognitive Einschränkungen, doch werde auch seitens Med. Pract. B.____ explizit darauf hingewiesen, dass unter der fortgeführten Psychopharmakotherapie (bis Ende Mai 2016) keine gravierenden Depressionen oder Manien hätten beobachtet werden können. Die alleinige Berücksichtigung dieser Psychopathologie qualifiziere nicht für eine anhaltend höhergradige (25 % und mehr) Arbeitsunfähigkeit. Implizit werde dies auch seitens Med. Pract. B.____ bestätigt, da er die eigentliche Problematik nicht in der psychopathologischen Verfassung des Beschwerdeführers einordne, sondern in seinem Interaktionsverhalten im Rahmen eines Arbeitsteams oder in einer Gruppe. Demzufolge sei in einer angepassten Arbeitsumgebung keine Beeinträchtigung mit Krankheitswert vorliegend, welche zu einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit führen würde (S. 4). Es dürfe ab dem 1. April 2016 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (S. 5).

E. 3.5

Med. Pract. B.____ berichtete am 1. Dezember 2016 (Urk. 9/18) und führte aus, die letzte Kontrolle habe am 23. November 2016 stattgefunden (S.

1 Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer habe sich im August 2016 wieder gemeldet. Er habe sich in einer mittelschweren depressiven Phase befunden, habe sich von allen sozialen Kontakten weitgehend zurückgezogen gehabt und sei mit der Alltagsbewältigung in vielen Bereichen überfordert gewesen. Der Beschwerdeführer sei in der Folge vom 18. Oktober bis 21. November 2016

in die Tagesklinik des Sanatoriums I.____ eingetreten. Bereits während der ersten Wochen seien dabei Schwierigkeiten in den psychologischen Gruppen aufgetreten.

Bedauerlicherweise habe sich der Beschwerdeführer in Absprache mit seiner Ärztin entschieden, die Tagesklinik nach nur einem Monat abzubrechen (S. 2 Ziff. 1.4). Die stufenweise Reintegration in ein wertschätzendes, transparentes Arbeitsumfeld ohne allzu grossen, zeitlichen und emotionalen Stress erscheine als prioritär. Allerdings sei ein Weg zurück in eine relevante Arbeitsfähigkeit (zirka 50 %) nur auf längere Sicht (mehr als ein Jahr) realistisch. Aktuell sei der Beschwerdeführer als Fitnessinstructor hochgradig (zirka 75 %) eingeschränkt (S. 3 Ziff.

E. 3.6

Med. Pract. B.____ berichtete am 20. Dezember 2016 (Urk. 9/75/22-23) zuhause des Ombudsmanns der Privatversicherungen und der Suva und führte aus, dass die Therapie s

seit September 2016 ambulant und anschliessend teilstationär nochmals deutlich intensiviert worden sei, wobei der Hauptfokus auf der Interaktionsstörung gelegen sei. Leider sei die Entwicklung des Gesundheitszustandes

aber sehr unerfreulich. Es habe sich am konkreten Beispiel gezeigt, dass die funktionellen Defizite so gravierend seien, dass der Beschwerdeführer den Alltag einer psychotherapeutischen Tagesklinik nicht bewältigen könne (S. 1). Seither werde eine ganz

niederschwellige Reintegration versucht. Es bestehe eine grosse Übereinstimmung in der Beurteilung der Art des Gesundheitsschadens mit Dr. H. _____. Allerdings bestünden grosse Differenzen in der Einschätzung des Ausmasses und des Zeitverlaufs. Die Arbeitsunfähigkeit sei gemäss seiner Einschätzung über das ganze Jahr 2016 anhaltend hochgradig geblieben, während einem Klinik- oder Tagesklinikaufenthalt sei diese per definitionem 100%. Seit her stelle sich nun wieder die Frage, ob eine vorsichtige, schrittweise Reintegration unter intensiver, therapeutischer Begleitung leistbar werde. Der Abbruch des Tagesklinikprogramms aus gesundheitlichen Gründen, die Einschätzung der Tagesklinik als schwere depressive Episode und die Einschätzung der Invalidenversicherung als momentan fraglich reintegrierbar stimmten aber natürlich mehr als kritisch (S. 2).

E. 3.7

Mit Austrittsbericht vom 21. Dezember 2016 (Urk. 9/37/6-9) berichteten die Ärzte des Sanatoriums I. _____ über den teilstationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 18. Oktober bis 21. November 2016 und nannten folgende Diagnose (S. 1): - bipolare affektive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive

Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.3)

Der Beschwerdeführer gebe an, im Rahmen einer psychosozialen Belastungssituation eine zunehmende depressive Symptomatik entwickelt zu haben mit starkem sozialem Rückzug. Der Beschwerdeführer leide sehr unter der depressiven Verstimmung und habe grosse Angst, in die manische Phase zu kippen. Seit Teenagerzeiten kenne er depressive

Episoden. Eine erste hypomane Phase habe er mit Beginn des 20. Lebensjahres erlebt. Seither habe er im Verlauf eher deutliche Depressionen und weniger deutliche Manien, wahrscheinlich Hypomanien, erlebt (S. 1). Er habe in Absprache mit seinem ambulanten Therapeuten und aufdringen den eigenen Wunsch die vorbestehende Medikation im Sommer 2015 abgesetzt. Seit Oktober 2016 bestehe eine schlafanstossende Medikation (S. 2). Aufgrund der starken Gefühlsvermeidung des Beschwerdeführers und Befürchtung, seine Wut nicht kontrollieren zu können, sei die Gruppenfähigkeit mittelgradig eingeschränkt. Aufgrund von ständigen zwischenmenschlichen Interaktionen durch die Gruppentherapien sei der Beschwerdeführer stets angespannt gewesen und habe sich nicht auf das Therapieprogramm einlassen können. In gegenseitigem Einverständnis sei ein Abbruch der teilstationären Behandlung beschlossen worden. Um den Beschwerdeführer weiter zu stabilisieren und einen Wiedereinstieg in die Berufswelt zu ermöglichen, werde mindestens eine ambulante psychisch-psychotherapeutische Nachbehandlung empfohlen (S. 3).

E. 3.8

Dr. H.____ nahm am 13. März 2017 Stellung (Urk. 9/75/20-21) und führte aus, er könne sich der Beurteilung durch med. pract . B.____ bezüglich einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht anschliessen. Der Bericht von med. pract . B.____ erwähne nur indirekt und vage einen psychiatrischen Sachverhalt mit Krankheitswert. Die alleinige zitierte Wiedergabe einer Diagnose ohne ICD-Codierung, ohne psychopathologischen Befund und ohne ausführlichen Bericht und der summarische Hinweis auf weitere therapeutische Bemühungen seien als Beurteilungsgrundlage nicht ausreichend.

E. 3.9

Med. pract . B.____ berichtete am 4. April 2017 (Urk. 9/75/17-19) und führte aus, von psychotherapeutischer Seite sei die Persönlichkeitsstörung respektive Interaktionsstörung im Fokus gelegen. Hier sei im Sinne einer schematischeren und klärungsorientierten Therapie an den zentralen Prägnanzen des Beschwerdeführers gearbeitet worden. Der Therapieunterbruch Ende Mai bis Anfang August 2016 sei denn auch im Zuge dieser Symptomatik zustande gekommen. Aufgrund dieser Erfahrung sei dann nach der Rückkehr versucht worden, die Integration und die angestrebten, korrekativen Erfahrungen im sozialen Kontext in einem therapeutischen, statt direkt beruflich orientierten Rahmen anzupeilen. Daher sei die Anmeldung für die psychotherapeutische Tagesklinik erfolgt. Dieser Aufenthalt habe aufgrund ungenügender Gruppenfähigkeit abgebrochen werden müssen. Seither finde eine regelmässige, ambulante, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung statt. Die Behandlung hinsichtlich der Interaktionsstörung brauche viel Zeit, sei aber der zentrale Bestandteil auch zur Verbesserung der Funktionsdefizite des Beschwerdeführers (S. 2) .

E. 3.10

Dr. H.____ nahm am 10. Mai 2017 Stellung (Urk. 9/75/5) und führte aus, er könne sich der Beurteilung durch med. pract . B.____ bezüglich einer anhaltenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit bis Leistungsende (31. Mai 2017) anschliessen. Es werde eine manifeste Erkrankungsproblematik sowie eine fachärztliche Behandlung belegt. Der Verlauf weise eine erhebliche Tendenz der Chronifizierung auf.

E. 3.11

Med. pract . B.____ berichtete am 29. September 2017 (Urk. 9/37/1-4) und führte aus, die Befunde, Psychopathologie und die funktionellen Einschränkungen seien gegenüber dem letzten Bericht kaum verändert, dies abgesehen von leichteren Schwankungen der bipolaren Symptomatik. Gerade vor dem Hintergrund dieser Stabilisierung der Achse I-Störung werde jedoch klar, wie deutlich die Gesamt psychopathologie und funktionellen Defizite primär durch die Achse II-Störung (Persönlichkeitsstörung) dominiert sei . Die interaktionellen Defizite, welche im Zusammenhang mit dem Tagesklinikaufenthalt dargestellt worden seien, hätten sich beim Versuch anfangs Juni , in eine berufliche Integrationsmassnahme einzusteigen , wiederholt (S. 1 Ziff. 1.3). Die bisherige Tätigkeit sei auf längere Frist (1-2 Jahre) nicht leistbar. Eine angepasste Tätigkeit sei günstigstenfalls im Sinne einer therapeutisch begleiteten Tätigkeit im tiefen Prozentbereich (zirka 25 %) in wertschätzendem, therapeutisch geschultem, konfliktarmem Umfeld mit vorsichtiger Einstieg möglich (S. 2 Ziff. 2.1) . Da immer wieder auffalle, dass der Beschwerdeführer seine Emotionalität sehr stark kontrolliere, in weitschweifig, zwanghafter Weise rationalisiere/intellektualisiere und eine stark belastete Kindheit bestehe, sei zusätzlich zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung ein Versuch über EMDR (Eye Movement

Desensitization

and

Reprocessing) bei Dr. J.____ unternommen worden. Soweit dies zu beurteilen sei, habe dies bisher leider zu keinen relevanten Fortschritten geführt (S. 2 f. Ziff. 3.1). Aufgrund des unbefriedigenden Verlaufs seien auch die medikamentösen Therapiemassnahmen nochmals intensiviert worden. So sei im März mit einer Lithiummedikation begonnen worden, seit Mitte April bestehe ein stabiler Spiegel. Da gerade die Antriebsblockaden weiter persistieren, sei versucht worden, ob eine zusätzliche Etablierung eines Antidepressivums doch einen weiteren Gewinn bringen könne. Hierunter habe sich innerhalb von zwei Wochen ein Syndrom mit Schweißausbrüchen, Zittern und Schlafstörungen entwickelt, weshalb dieses wieder abgesetzt worden sei. Vor Kurzem sei nun aufgrund von Durchschlafstörungen und der gedrückten Affektlage und eben dieser oben genannten Erfahrung noch ein Versuch mit Valdoxan unternommen worden, der in der ersten Erfahrung leicht positiv sei (S. 3 Ziff. 3.1).

E. 3.12

Am 4. Dezember 2017 beantwortete med. pract. B.____ die von der Beschwerdeführerin gestellten Zusatzfragen (Urk. 9/39; vgl. auch Urk. 9/38) und führte aus, die über lange Zeit sehr regelmässigen Termine, auch in den Morgenstunden, hätten keine sichtlichen Hinweise für eine Beeinträchtigung durch Suchtmittel ergeben. Für einen gesteigerten Alkoholkonsum ergäben sich im beiliegenden Labor keine Anhaltspunkte. Die Compliance in Bezug auf die Medikation sei gut. Der Spiegel von Lithium sei stabil an der Nebenwirkungsgrenze oder eigentlich «darüber» (S. 1). Valdoxan sei nach über einem Monat in therapeutischer Dosis aufgrund Wirkungslosigkeit wieder abgesetzt worden. Ein Ausbau, gerade in anti depressive Richtung, scheine also nicht nur «nicht erfolgversprechend», sondern kontraindiziert. Die Fähigkeit, sich an Regeln und Routinen anzupassen, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen, die Selbstbehaftungs- und Kontaktfähigkeit zu Dingen seien stark eingeschränkt durch selbstunsichere Anteile. Der Beschwerdeführer klammere sich stark an eigene Verhaltensmuster in engen Grenzen, wie es bei ängstlich-vermeidenden und zwanghaften Persönlichkeiten üblich sei. Es sei nicht von einer Aggravation auszugehen und der Beschwerdeführer sei eher «überangestrengt». Er scheine sowohl im Rahmen seiner Therapie als auch bei der EMDR Therapie bei Dr. J.____ an die Grenzen seines persönlich Leistbaren zu gehen. Therapeutisch und integrationsorientiert sei vieles versucht worden. Es sei nicht selten zu sehen, dass Personen mit einer Persönlichkeitsstörung irgendwie eine einigermaßen funktionierende Nische finden und erst später nach «Bestätigung der frühen, biographischen Erfahrungen» nachhaltig in ihrer Leistungsfähigkeit einbringen (S. 2). Hierzu müsse aber gesagt werden, dass es viele Faktoren gebe, die bereits hochdysfunktionales, zwischenmenschliches Verhalten des Beschwerdeführers in Schule und ersten beruflichen Engagements nahelegen würden. Seither seien die unter «Funktionalität» ausgeführten Einschränkungen aggraviert, die dahinterliegenden Schemata «aktualisiert». Willentlich überwindbar sei dies für den Beschwerdeführer nicht (S. 3).

E. 3.13

Dr. med. K.____, praktischer Arzt, Hausarzt des Beschwerdeführers, führte am 3. Oktober 2018 aus (Urk. 9/46), dass der Beschwerdeführer seit Ende Juni 2018 regelmässig auf

Cannabis und Alkohol getestet worden sei. Es hätten sich weder im Labor noch im klinischen Bild Hinweise für einen Suchtmittelkonsum ergeben.

E. 3.14

Med. pract. L.____, Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 20. November 2018 Stellung (Urk. 9/62 /6) und führte aus, streng betrachtet sei der Nachweis der Abstinenz in Bezug auf Ecstasy und Kokain nicht erbracht, da nur Cannabis untersucht worden sei. Dies sei negativ. Hinsichtlich der abschliessenden Beurteilung sei darüber hinaus jedoch auch ein aktueller psychiatrischer Fachbericht erforderlich, da der letzte Bericht von Dezember 2017 datiere und daher zu alt sei, um den aktuellen psychiatrischen Befund zu beurteilen. Es sei davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand durch die Therapie gebessert habe. Daher werde empfohlen, einen aktuellen Bericht einzuholen. In diesem Bericht müsse auch Stellung genommen werden zum Krankheitsverlauf und zur Zumutbarkeit einer Behandlungsoptimierung, falls bisher keine Besserung eingetreten sei, da die Therapieoptionen bisher nicht ausgeschöpft worden seien.

E. 3.15

Med. pract. B.____ berichtete am 30. Dezember 2018 (Urk. 9/48) und führte aus, die Befunde, Psychopathologie und funktionellen Einschränkungen seien gegenüber dem letzten Bericht gesamthaft kaum verändert (S. 1 Ziff. 1.3).

Die bisherige Tätigkeit sei auf längere Frist (1-2 Jahre) nicht leistbar. Eine geschützte Tätigkeit sei günstigstenfalls im Sinne einer therapeutisch begleiteten Tätigkeit im tiefen Prozentbereich (zirka 25 %)

in wertschätzendem, therapeutisch geschultem, konfliktarmem Umfeld mit vorsichtigem Einstieg möglich, der dem Beschwerdeführer ein schrittweises Überwinden und Bewältigen interaktioneller Vermeidungsmuster ermögliche (S. 1 Ziff. 2.1).

Letztlich sei der Krankheitsverlauf ohne gravierende Veränderung. Bedauerlicherweise dieser trotz der intensiven therapeutischen Unterstützung aber eine Tendenz zur Chronifizierung und Bestätigung tiefgreifender Selbst- und Beziehungsannahmen aus. So habe der Beschwerdeführer Anfang 2018 kurzzeitig eine leicht aufgehellte, weniger vermeidende Phase aufgewiesen. In dieser Phase habe er sich gegenüber einem Ausbau sozialer Aktivitäten und einer vermehrten Öffnung, an eigenen zwischenmenschlichen Bedürfnissen zu arbeiten, zugänglich gezeigt. Konkret seien zwei Sitzungen mit seiner Schwester zur vermehrten Selbstreflexion auf biographischem Hintergrund gemacht worden. Zudem sei es dem Beschwerdeführer häufiger gelungen, mit seiner besten Kollegin Aktivitäten auszumachen. Nach einer ersten positiven und bestärkenden Phase sei es zu Entwicklungen gekommen, die den Beschwerdeführer massiv überfordert und letztlich zur erwähnten Bestätigung seiner negativen Selbstannahmen geführt hätten. Seit Sommer habe er daher wieder eine zu mindest mittelschwere depressive Phase mit massiven Vermeidungstendenzen gegenüber jeglichen sozialen Aktivitäten oder individuellen Zielsetzungen erlebt. Seit November sei es nun wieder zu einer leichten Stabilisierung gekommen. Der Beschwerdeführer sei 2017 auf Lithium eingestellt worden, welches er über zehn Monate eingenommen habe. Zuletzt hätten sich die Nebenwirkungen gehäuft. Der Beschwerdeführer habe eine Hypothyreose entwickelt, welche substituiert werden müssen. Zudem habe der Tremor störend zugenommen. Die positiven Wirkungen seien zudem sehr begrenzt gewesen. Daher sei entschieden worden, die Lithiumbehandlung

auszusetzen. Ein teilstationärer Klinikaufenthalt sei bereits versucht worden. Der Beschwerdeführer habe sich damals überfordert gezeigt, gerade in psychologische Gruppen einzusteigen. Angesichts der aktuellen Erfahrungen zum Funktionsniveau im sozialen Kontext sei zu erwarten, dass der Beschwerdeführer weiterhin von den Anforderungen eines stationären oder teilstationären Einzel- und Gruppentherapieprogramms überfordert wäre und daher nicht profitieren könnte respektive das zu erwartende Versagenserleben die Symptomatik sogar noch aggravieren würde (S. 2 f.

Ziff. 3.1) .

E. 3.16

Dr. med. A. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 28. August 2019 (Urk. 9/57) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers und nannte folgende Diagnose (S. 23 Ziff. 5): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0)

Er führte aus, es habe klinisch keine Anhaltspunkte für eine Intoxikation mit psychotropen Substanzen gegeben. Im Gespräch habe der Beschwerdeführer keine Mühe gehabt, den Blickkontakt zu halten, und habe im Gedankengang nicht blockiert gewirkt (S. 15). Betreffend Stimmungsbild habe der Beschwerdeführer einen nicht depressiven, unauffällig modulierbaren Affekt präsentiert. Er sei in der Lage gewesen, situationsbedingt zu lachen. Es habe eine kurzdauernde Affektlabilität bei Fragen nach der Kindheit und Jugend gegeben. Bei Verschieben des Fokus sei der Beschwerdeführer sofort wieder auslenkbar und unauffällig gewesen. Das Vorhandensein in höherem Ausmass von depressivem Freudverlust, Schuld-, Bestrafungsgefühlen, Selbstablehnung und Interessenverlust sei nicht festzustellen gewesen. Es sei

unter anderem ferner nicht objektivierbar gewesen, dass der Beschwerdeführer stark angespannt oder ängstlich gewirkt habe. Die von ihm lächelnd vorgetragene Angst, unter anderem nicht zu genügen, habe sich in der Gegenübertragung nicht abgebildet. Es sei zudem nicht deutlich gewesen, dass der Beschwerdeführer an depressivem Selbstwertverlust oder einer überdauernden Affektstörung (kein depressiver oder schmerzverzerrter Gesichtsausdruck, weiter modulierbarer Affekt) leide.

Die Grundstimmung sei zum Begutachtungzeitpunkt ausgeglichen

und weder als inkontinent noch dysphorisch zu beurteilen

gewesen. Eine überdauernde depressiv-niedergeschlagene und verzweifelnde Affektlage sei nicht festzustellen gewesen. Auch eine depressive Hoffnungslosigkeit sei in den Schilderungen des Beschwerdeführers nicht deutlich geworden. Eine höhergradige ausgeprägte depressive Verzweiflung habe nicht festgestellt werden können. Klinisch seien beim Beschwerdeführer während des Untersuchungsgesprächs keine Aufmerksamkeitsstörungen aufgefallen, eine vermehrte Vergesslichkeit - also Gedächtnisstörung - und Ablenkbarkeit seien nicht augenscheinlich gewesen (zu allen Qualitäten orientiert, Einordnung biographischer Inhalte durch den Beschwerdeführer ohne Probleme möglich, keine mnestischen Einschränkungen während der Untersuchung; S. 16).

Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers wirke

histrionisch -narzisstisch ; alles, was seine Person betreffe, wirke sehr bedeutungsschwer. Der Beschwerdeführer stelle höchste Leistungsansprüche an sich selbst und strebe nach perfekter Erfüllung. Er fühle sich mit einer einfachen Bürotätigkeit unterfordert, da diese uninteressant und „schlimmer als der Tod“ sei. Wenn er hinter seinen Erwartungen zurückbleibe, führe er äussere Umstände und multiple Krankheitssymptome an, die ihn unter anderem zum Opfer machen würden. So werde das bisherige Scheitern ausschliesslich externen Faktoren zugeschrieben. Diesen Verlust seiner Möglichkeiten erlebe der Beschwerdeführer als von aussen zustossend und nicht in der eigenen Verantwortung (Verantwortungsabwehr). Entsprechend erlebe sich der Beschwerdeführer als krank und als Opfer, das wegen seiner Krankheit berufliche Ziele bisher nicht mehr habe umsetzen können. Die Wahrnehmungen ermöglichen es dem Beschwerdeführer, die jetzige Situation nicht als ein persönliches Misserfolgserleben begreifen zu müssen (S. 16 f.).

Die Beschwerdevalidierung sei zugunsten einer authentischen Beschreibung durch den Beschwerdeführer ausgefallen. Es hätten weder ein valides Testprofil noch eine zuverlässige Beschwerdeschilderung durch den Beschwerdeführer ermittelt werden können (S. 17).

Der Beschwerdeführer habe sich in der Untersuchung am 21. August

2019 klinisch-psychiatrisch unauffällig präsentiert. Es seien weder eine überdauernde Verlangsamung, überdauernde Aufmerksamkeitsstörung noch eine überdauernde Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit festzustellen gewesen. Der Beschwerdeführer

habe sich lediglich kurzzeitig affektiv instabil gezeigt (< 20 Sekunden). Im Untersuchungsgespräch seien zudem keine Dissoziation und keine krankhaft gesteigerte Stimmung festzustellen gewesen. Das Gangbild und Bewegungsverhalten seien unauffällig gewesen (S. 23 f.).

Beim Beschwerdeführer sei neben einem histrionischen Persönlichkeitsstil auch ein narzisstischer Anteil zu beurteilen, der mit Perfektionismus, interpersonellen Konflikten, Angst vor Fehlern und Unzulänglichkeiten, Angst vor einem Verlust der Zuwendung durch andere, durch ein verletzliches Selbstbewusstsein sowie mit Manipulationstendenzen verknüpft sei. Da der Beschwerdeführer fürchte, dass andere Menschen ihn abwerten könnten, wenn seine (vermeintliche) eigene Unzulänglichkeit offenbart werde, suche er sich gezwungen, zu vermeiden, sich derartigen sozialen Situationen auszusetzen (S. 24).

Die Analyse der Lebensgeschichte des Beschwerdeführers lege dabei den Schluss nahe, dass die von ihm subjektiv geschilderten Schwierigkeiten und Krankheitssymptome nur ein Glied in einer langen Kette von Problemen gewesen seien. Er habe nach der Stellenkündigung als Fitness-Ausbilder im Jahre 2015 seither an keinem Ort wieder beruflich Fuss gefasst. Der Verlauf der letzten Jahre zeige einen fortgesetzten Misserfolg in verschiedenen Bereichen. Der Beschwerdeführer habe mit der von ihm berichteten Krankheit einer Bipolar II - Störung ein neues Element der Gestaltung der äusseren Bedingungen in die Hand bekommen, obgleich jedwede fachärztlich-psychiatrische Objektivierung für diese psychische Gesundheitsstörung seit der Jugendzeit (Kapitel F 3 der ICD-10) in den Akten fehle. Die auftretenden Beschwerden hätten dabei einen sehr stark regressiven Charakter, die seit der Stellenkündigung im Jahr 2015 zu einer prolongierten dauernden Schonung führten. Auf der anderen Seite belegten hingegen auch seine Angaben, dass der Beschwerdeführer zahlreiche Ressourcen habe. Er verfüge

über einen sehr guten deutschen Wortschatz und habe es trotz seiner Schwierigkeiten mehrere Jahre bis zum Jahr 2015 geschafft, erfolgreich beruflich tätig zu sein. Aus versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht sei es deshalb wichtig, dass der Beschwerdeführer mit einem etwaigen Job-Coach-Programm eine Hilfe und Begleitung in der Anstrengung bekomme, sich in eine Arbeitsumgebung zu integrieren, um unter von aussen gegebenen Bedingungen eine verwertbare Leistung zu erbringen. Eine Arbeitstätigkeit sei dem Beschwerdeführer in einem angepassten Arbeitsplatzsetting aus rein versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht vollschichtig zumutbar. Es gebe keine psychiatrischen Gründe, die Einschränkungen der Anforderungen an ihn rechtfertigten. Das Problem bestehe für den Beschwerdeführer vor allem darin, eine Arbeitstätigkeit zu finden, die vom Niveau her seinen hohen (Selbst-)Ansprüchen genüge. Dieses Problem deutete

sich zum Beispiel in seinen Schilderungen an, früher eine Büro-Arbeitsstelle gekündigt zu haben, da sie unter anderem „uninteressant“ und „schlimmer als der Tod“ gewesen sei (S. 24).

Die beim Beschwerdeführer auftretenden Symptome seien in erster Linie als Ausdruck seiner kombinierten narzisstischen-histrionischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) zu beurteilen. Die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers würden also seine Charakterpathologie betreffen, die die berufliche Integration erschwere. Der Beschwerdeführer neige dazu, sich als Opfer zu erleben beziehungsweise zu inszenieren. Er gebe dabei multiple psychosomatische Symptome an und neige dazu, sein Helfersystem für seine Ziele einzuspannen. Der psychische Gesundheitszustand neige beim Beschwerdeführer unter psychosozialen Belastungen zu psychosomatischen (Mit-)Reaktionen. Das Verhalten des Beschwerdeführers zeige dabei eine ausgeprägte histrionisch anmutende Emphase, die seine Umgebung jeweils mobilisiere. So habe er zum Beispiel seine Behandler im Ambulatorium D. ___ im Jahre 2016 motiviert, einen Bericht zur alleinigen Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit zu erstellen und danach den Kontakt abzubrechen (S. 25 oben).

Aus rein versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Perspektive stehe die kombinierte Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer klar im Vordergrund. Alle übrigen Symptome seien sekundär und ferner nicht losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren beziehungsweise einer kurzandauernden Dekompensation der Persönlichkeitsstörung zu beurteilen. Den ausgeprägten psychodynamischen Grundkonflikt versuche der Beschwerdeführer

mit histrionisch anmutendem Verhalten zu bewältigen. Es sei ein entsprechender Interaktionsstil bei ihm festzustellen. Die histrionische-narzisstische Natur der Persönlichkeit des Beschwerdeführers komme vor allem darin zum Ausdruck, dass er sich mit seinen Beschwerden an andere wende und eine Anerkennung seiner Person zu suchen scheine, die möglichst in Form einer Handlung oder einer praktischen Hilfe zum Ausdruck kommen soll. Der Beschwerdeführer verfüge über ein grosses Helfernetz. Es sei gut begründet anzunehmen, dass es bei vielen dieser Massnahmen nicht in erster Linie um ihren Inhalt gehe. Sie hätten vielmehr den Wert einer Anerkennung und ermöglichten ihm ein Erlebnis von Selbstwirksamkeit. Die zugrundeliegenden multiplen psychischen Einschränkungen, die der Beschwerdeführer als Begründung anführe, würden

vor allem demonstrativ oder appellativ vorgetragene, unspezifische Beschwerden betreffen, die schliesslich auch in die subjektive Bewertung einer vollschichtigen eingeschränkten

Arbeitsfähigkeit für den 1. Arbeitsmarkt gemindert hätten. Wenn die Anforderungen für den Beschwerdeführer zu gross würden und er seinen hohen Selbstansprüchen nicht genüge („Angst, nicht gut genug zu sein“) oder wenn ihm - subjektiv empfundene - Kränkungen zugefügt würden, neige er rasch dazu, eine gesundheitliche Verschlechterung anzugeben. Eine akute Suizidalität sei zum gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt am 21. August 2019 nicht festzustellen gewesen. Die Beschwerdeschilderung und das Verhalten des Beschwerdeführers wirken demonstrativ und dürften vor allem

appellativen Charakter haben. Diese Neigung sei dem Bewältigungsstil der histrionischen-narzisstischen Grundproblematik zuzurechnen und berege das Risiko, dass es unter Belastung und bei Ausbleiben von subjektiv genügend erlebter Unterstützung zu impulsiven Handlungen kommen könne. Auch die Feststellung des appellativen Charakters seiner Beschwerdeangaben dürfte für den Beschwerdeführer einen kränkenden Charakter haben, was den Anlass zu einer verstärkten Neigung, dieses Verhalten zu zeigen, bilden könne (S. 25).

Im Auge springt beim Beschwerdeführer ferner eine deutliche Fähigkeit, sich beziehungsweise anamnestische Daten so darzustellen, wie es ihm gerade opportun zu sein scheint. Widersprüche zwischen den Anknüpfungstatsachen in den Akten und seinen Angaben (z.B. sich seit dem Jahre 2015 regelmässig in therapeutischer Behandlung zu befinden, währenddessen in den Akten von regelmässigen Therapieabbrüchen die Rede sei), könnten von ihm nicht reflektiert werden. Diese Manipulationstendenz mache ihn unberechenbar, da in der direkten Interaktion diese Charaktereigenschaften nicht ohne weiteres augenscheinlich würden - im Gegenteil wirke der Beschwerdeführer überangepasst freundlich, konziliant, einvernehmend und höflich. Dabei sei auch in der aktuellen versicherungsmedizinischen-psychiatrischen Untersuchung am 21. August 2019 deutlich geworden, dass der Beschwerdeführer Angaben mache, die nicht mit den objektiven klinischen Befunden übereinstimmen (z.B. kognitive Einschränkungen ohne klinische Entsprechung) und daher nicht gänzlich ausgeschlossen werden könne, dass seine Äusserungen ausschliesslich an der Nützlichkeit der eigenen Opferinszenierung - und nicht an der Realität - orientiert seien. Für den Beschwerdeführer fühle sich etwas als Wahrheit an, wenn es ihm nützlich sei. Insofern sei festzustellen, dass eine Instrumentalisierung von Beziehungen - auch der therapeutischen beziehungsweise ärztlichen Beziehung - nicht gänzlich auszuschliessen sei, und es für ihn keine emotionalen Barrieren gebe, verschiedene Drittpersonen gegeneinander auszuspielen (S. 26).

Aus dem Dargelegten ergebe sich, dass der Unterzeichnende die ICD-10 Eingangskriterien zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, also einer schwerwiegenden Unausgeglichenheit oder Auffälligkeit des Verhaltens und Charakters seit der Kindheit und Jugend beim Fehlen von

Hinweisen für eine schwere Hirnpathologie, die mehrere Funktionsbereiche wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmung, Denken sowie die Beziehung zu anderen betreffe und die durch ein andauerndes, gleichförmiges Verhaltensmuster und nicht auf (episodische) psychische Krankheiten begrenzt sei, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beständigen könne. Der Beschwerdeführer zeige überdauernde Einschränkungen in der sozialen und emotionalen Adaptationsfähigkeit, die sich unter anderem durch zwischenmenschliche Probleme im Sozialverhalten zeigen. Es sei überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, dass beim Beschwerdeführer krankhaft

eitswertige Persönlichkeitsmerkmale

vorlägen, die eine passagere krankhafte Regulation von Affekten und Impulsen, Veränderungen in Bewusstsein und Veränderungen der Selbstwahrnehmung beinhalten würden, die jedoch keine überdauernde volle Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit rechtfertigen. Der Beschwerdeführer neige zu einer dramatischen Selbstdarstellung, einem theatralischen Auftreten und einem übertriebenen Ausdruck von Gefühlen und neige zur Suggestibilität, das heisse zur Übernahme von Gefühlen, Wahrnehmungen und Vorstellungen, auf Kosten der Realität. Dies zeige sich unter anderem in den Schilderungen zu Symptomen und Diagnosen (Bipolar II-Störung), die sich nicht mit den objektiven Befunden in Einklang bringen liessen beziehungsweise zu plausibilisieren gewesen seien. Die Persönlichkeitsstörung entfalte eine dynamische Kraft, so dass er im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehe, wobei auch das manipulative Verhalten des Beschwerdeführers

seinen Zielen diene (S. 26).

Die in der Krankengeschichte berichteten Krankheitsepisoden und die dokumentierte Psychopathologie könnten daher als Ausdruck einer passagerdekompensierten kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) nachvollzogen werden, die sich ausgehend von psychosozialen Belastungssituationen (z.B. zunehmende Arbeitsplatzkonflikte) und Kränkungsereignissen entwickelt habe. Eine leistungseinschränkende affektive Erkrankung im Sinne einer Störung des Kapitels F3 der ICD-10 sei beim Beschwerdeführer am 21. August 2019 hingegen nicht festzustellen beziehungsweise auch nicht anhand des Dossiers zu plausibilisieren gewesen. Eine aktive Abhängigkeit und ein schädlicher Gebrauch von Alkohol und illegalen Drogen liessen sich derzeit beim Versicherten nicht objektivieren; die zur Begutachtung durchgeführte Drogen-UP-Kontrolle sei negativ und der CDT3-Wert unauffällig gewesen (S. 26 f.).

In einer Gesamtschau sei zu beurteilen, dass es im vorliegenden Fall wesentliche Inkonsistenzen und Unplausibilitäten gebe, auf die der Gutachter lediglich im Sinne der Konsistenzprüfung hinweisen könne, ohne dass diese also mit medizinischen Mitteln oder weiteren Begutachtungen zu objektivieren seien. Die Widersprüche und ein nicht immer gegebener logischer Zusammenhang seiner Angaben (u.a. äussern einschränkender psychopathologischer Symptome bei unauffälligem klinischem Untersuchungsbefund, unterschiedliche Wirklichkeitskonstruktionen im Vergleich zur Aktenlage) sprächen gegen die Authentizität der geltend gemachten Symptome. Eine Beschwerdevalidierung im SRSI (Self-Report Symptom Inventory) sei zum Ergebnis gekommen, dass diese zu Ungunsten einer authentischen Beschwerdeschilderung durch den Beschwerdeführer ausgefallen sei. Es hätten weder ein valides Testprofil noch eine zuverlässige Beschwerdeschilderung durch den Beschwerdeführer ermittelt werden können.

Gegen einen bis zu 22 Stunden andauernden sozialen Rückzug in die Wohnung spreche, dass man dann eher nicht ein braungebranntes - der Jahreszeit entsprechendes Hautkolorit - beim Beschwerdeführer erwarten müsste. Auch sei eine regelmässige Einnahme von Temesta® (Lorazepam) nicht objektivierbar, da der Drogen-UP-Befund des Beschwerdeführers auf Benzodiazepine negativ ausgefallen sei. An einer manifesten Angst und Anspannung leidende Personen zeigten in der Regel positive Werte für Benzodiazepine. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall. Zudem habe der Beschwerdeführer regelmässig ihm angebotene psychiatrisch-psychotherapeutische

Behandlungen wieder abgebrochen und diese auch zeitlich korreliert zum IV-Verfahren wieder aufgenommen, was wesentlich gegen einen ausgeprägten Leidensdruck spricht (S. 27).

In einer Gesamtschau beurteilt der Unterzeichnende, dass die subjektiv geäußerten Beschwerden des Beschwerdeführers mit seinem Verhalten, den Schilderungen und den bisher wahrgenommenen Behandlungsoptionen nicht durchgängig korrelierten. Die geschilderten Beschwerden stünden daher nicht in durchgehender Übereinstimmung mit seinen Angaben. Eine spezifische Psychopharmakotherapie werde nicht mehr durchgeführt, was gegen einen ausgeprägten Leidensdruck spreche. Gerade unter einer bipolaren Störung leidende Menschen würden im Allgemeinen von einer psychopharmakologischen Behandlung sehr profitieren und zeigen dabei - auf Grund des Leidensdrucks - auch in der Regel eine hohe Compliance. Auf Grund der oben erwähnten Ausführungen sei es daher notwendig zu erwähnen, dass zu Differenzialdiagnosen, auch die Selbstlimitierung, Aggravation, der sekundäre Krankheitsgewinn und das bewusste Vortäuschen beziehungsweise Simulieren einer psychischen Störung (Z76.5 nach ICD-10) gehören, wofür vor allem die oben erwähnten Diskrepanzen sprechen würden. Simulation sei zunächst kein psychiatrisches Krankheitsbild, sondern ein Verhalten. Eine solche lasse sich nur einwandfrei belegen, wenn der Betroffene diese selbst zugebe oder bei einer Tätigkeit oder bei der Teilnahme am sozialen Leben angetroffen werde, die mit den genannten Krankheitsbildern nicht vereinbar seien (S. 28 oben).

Fasse man die Erkenntnisse im vorliegenden Fall zusammen, so müsse festgestellt werden, dass der Beschwerdeführer an keiner klinisch relevanten psychiatrischen Gesundheitsstörung der Achse I (z.B. einer affektiven Störung des Kapitels F3 der ICD-10) leide beziehungsweise diese Erkrankung auch rückwirkend nicht plausibilisiert werden könne. Die berufliche Leistungsfähigkeit sei nicht höhergradig eingeschränkt. Die seitens der Behandler behaupteten Einschränkungen der beruflichen Leistungsfähigkeit könnten nicht mit einer Störung der

Achse I erklärt werden, die nach der ICD-10 klassifiziert beziehungsweise plausibilisiert werden könne. Der Beschwerdeführer leide überwiegend wahrscheinlich in Einklang mit den bisherigen fachärztlich-psychiatrischen Beurteilungen an einer (kombinierten) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), die die berufliche Leistungsfähigkeit nicht überdauernd und relevant höhergradig

einschränke; dies in Bezug zu einem angepassten Arbeitssetting beziehungsweise einer Verweistätigkeit. Dafür spreche auch die Analyse der Faktoren der MINI-ICF APP. In Zukunft sei nicht auszuschließen, dass seine Handlungen beziehungsweise sein Verhalten erneut den Zweck verfolgen würden, seiner Sicht der Dinge Nachdruck zu verleihen und eine

entsprechende Anerkennung und Hilfestellung zu erhalten. Eine berufliche Eingliederung sei an die Bedingung einer überdauernden ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Persönlichkeitsstörung und an eine überdauernde Abstinenz von psychotropen Substanzen zu knüpfen. In Bezug zum nicht angepassten Setting im bisherigen Tätigkeitsprofil als Ausbilder

sei von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen.

Aus rein versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer - medizinisch-theoretisch - in Bezug auf eine angepasste Verweistätigkeit

hingegen als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen. Eine alleinige Persönlichkeitsstörung i.e.S. begründe nach versicherungsmedizinischer Lehrmeinung im vorgelegten Fall keine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit

(S. 28 f.).

Probleme bei der Eingliederung seien bis heute überwiegend wahrscheinlich und wesentlich nicht durch ein psychisches Störungsbild der Achse I (z.B. Bipolar II-Störung, Kapitel F3 der ICD-10) begründet. Zum gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung i.S. einer Achse II-Störung zu plausibilisieren gewesen, die indessen die bisherigen Probleme bei der Eingliederung nicht in Gänze zu erklären vermöge (S. 33).

Da keine psychiatrische Erkrankung der Achse I i.e.S. festgestellt beziehungsweise im Hinblick auf die berufliche Leistungsfähigkeit habe plausibilisiert werden können (z.B. keine Bipolar II-Störung, Kapitel F3 ICD-10), die eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit beim Beschwerdeführer begründe, seien Eingliederungsmassnahmen aus rein versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht zumutbar. Etwaige IV-unterstützte berufliche Eingliederungsmassnahmen seien an die Bedingung einer überdauernden regelmässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und einer kontrollierten Drogen- und Alkoholabstinenz (vollständige Drogen-UP-Kontrollen, Haaranalysen in 3-4-monatigem Abstand) zu knüpfen. Eingliederungsmassnahmen seien schwierig umzusetzen, da sich der Beschwerdeführer als arbeitsunfähig im ersten Arbeitsmarkt - in Einklang mit seinem Psychotherapeuten - beurteile (S. 33).

Es sei beim Beschwerdeführer keine psychische Gesundheitsstörung der Achse I (z.B. keine Bipolar-II-Störung, Kapitel F3 der ICD-10) festzustellen beziehungsweise zu plausibilisieren, die eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit begründe. Insofern lasse sich keine psychische Gesundheitsstörung der Achse

I feststellen, die nach der ICD-10 oder DSM-5®-Klassifikationen diagnostiziert werden könne und etwaig relevante Auswirkungen auf die Lebensbereiche wie Beruf, Erwerb, Haushalt, Freizeit und soziale Aktivitäten habe; dafür spreche auch die Bewertung der Items der MINI-ICF APP. Eine kombinierte Persönlichkeitsstörung begründe im vorgelegten Fall keine höhergradigen Einschränkungen betreffend die Lebensbereiche Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten und begründe hier ferner keine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit im I. Arbeitsmarkt (S. 34).

E. 3.17

Med. pract. L.____, RAD, nahm am 8. Oktober 2019 Stellung (Urk. 9/62/8-9) und führte aus, in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Ausbilder bestehe eine reduzierte Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit infolge der Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen, die zu Arbeitsplatzkonflikten führen könne. Für eine angepasste Tätigkeit bestünden keine nennenswerten Einschränkungen. Es bestehe eine leichte Beeinträchtigung der Kontakt- und Gruppenfähigkeit, der Entscheidungs- und Selbstbehauptungsfähigkeit sowie der Flexibilität.

Eingliederungsmassnahmen seien vor dem Hintergrund der kombinierten Persönlichkeitsstörung zumutbar. Es bestünden keine psychischen Erkrankungen, die einer beruflichen Wiedereingliederung in erheblich behindernder Weise entgegen stünden. Sie würden jedoch schwierig umzusetzen sein, da sich der Beschwerdeführer für arbeitsunfähig halte. Im Sinne einer Schadenminderungspflicht seien vollständige Drogen-Urin-Kontrollen und CDT-Tests in unregelmässigen Abständen zu empfehlen.

E. 3.18

Med. pract. B. ___ nahm am 26. November 2019 Stellung zum Vorbescheid (Urk. 9/70) und führte aus, aus der Anamnese und den Schilderungen des Beschwerdeführers auch im Gutachten werde deutlich, dass dieser massive funktionelle Defizite ausweise, die er trotz hohem therapeutischen Engagement nicht überwinden könne. Im Mini-ICF bilde der Gutachter diese nicht ab. Insofern sei das Gutachten nicht schlüssig und nachvollziehbar. Die vom Gutachter bestätigte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei keineswegs irrelevant für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (S. 1). Im Januar 2018 habe eine hypomane Phase stattgefunden. Dies sei sicher kein Vollbild einer Manie, nur eine Hypomanie, aber gerade auf dem Hintergrund der sonstigen Funktionsmuster des Beschwerdeführers nicht anders einzuordnen als in einer Störung aus dem Bipolar-Spektrum (S. 2 oben). Er könne die Einschätzung des Gutachters, dass keine Einschränkung der Anpassung an Regeln und Routinen vorliegen solle, in keiner Weise nachvollziehen. Er sehe diese zumindest als erheblich. Die Einschränkungen seien durch die Achse II-Störung bedingt (S. 3). Formaldiagnostisch sehe er die gleiche Störung (Persönlichkeitsstörung) wie der Gutachter, halte aber da neben weiter auch an der bipolaren Störung fest. Im Hinblick auf die Beurteilung der funktionellen Ressourcen/Defizite und damit der Arbeitsunfähigkeit stehe die Persönlichkeitsstörung mit ihren Auswirkungen auf Kognitionen, Affektivität, Bedürfnisbefriedigung und Art des Umgangs mit anderen Menschen klar im Vordergrund. Hier bestünden sehr gravierende Einschränkungen, die sich bisher auf alle therapeutischen Versuche als resistent erwiesen hätten (S. 5). Daher sei der Beschwerdeführer aktuell und auf längerfristige Sicht 100% arbeitsunfähig für die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit (S. 6).

E. 3.19

Dr. med. J. ___, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, nahm am 31. Dezember 2019 in einer E-Mail Stellung (Urk. 9/71) und führte aus, das Gutachten von Dr. A. ___ basiere auf unvollständigen beziehungsweise lückenhaften Angaben zur Vorgeschichte des Beschwerdeführers. Daher stünden die Schlussfolgerungen auf sehr wackligen Füüssen, sowohl betreffend Diagnosen als auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer habe ihn erstmals im Herbst 2016 aufgesucht. Im Jahr 2017 habe er ihn vierzehn Mal und in den Jahren 2018-2019 insgesamt siebenundsechzig Mal gesehen, wobei er neun Sitzungen aus gesundheitlichen Gründen nicht wahrnehmen können. Er habe ausserdem Gespräche mit der Schwester sowie der Mutter des Beschwerdeführers führen können. Ohne all diese Informationen sei es seiner Meinung nach nicht möglich, sich ein umfassendes Bild der jetzigen psychischen Situation und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu machen.

E. 3.20

Dr. J. ___ berichtete am 2. Juni

2020 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/76/2-13) und führte aus, das Erstgespräch für eine trauma -zentrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in französischer Sprache habe im September 2016 stattgefunden (S. 6) . Er nannte folgende Diagnosen (S. 9 Ziff. 5): - Bipolar-II-Störung (ICD-10 F31.8), aktuell mittelgradige depressive Phase - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ängstlich mit paranoiden und narzisstischen Zügen; ICD-10 F61.0) - auf der Grundlage einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) bei langjähriger körperlicher, psychischer und verbaler Gewalt in der Familie während Kindheit und Jugend

- Hyperhydrosis (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit)

Er führte aus, der Beschwerdeführer sei in ein schwer dysfunktionales Familiensystem geboren worden. Es sei in der psychischen Entwicklung des Beschwerdeführers zu einer sogenannten strukturellen Dissoziation der Persönlichkeit gekommen. Heute liege eine sekundäre Dissoziation im Rahmen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vor. Intrapsychisch seien die Bindungsfähigkeit sowie das Urvertrauen in andere Menschen, die Sozialisierung, die Fundierung des Selbst, die Zuversicht im Sinne eines basalen Gefühls von Sicherheit, die Stressbewältigung, die Affektregulierung und die Impulskontrolle beschädigt worden (S. 10) . Der Beschwerdeführer sei schon als Kind und Jugendlicher jahrelang in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen und habe ein tetrazyklisches Antidepressivum eingenommen. Während der Beschwerdeführer als Jugendlicher und später als junger Erwachsener wieder ein einigermaßen alltagstaugliches Funktionsniveau erreicht habe, sei seit 2015 keine nennenswerte beziehungsweise dauerhafte Zustandsverbesserung nachweisbar. Der Beschwerdeführer sei innerlich blockiert und erstarrt, werde von Ängsten, Befürchtungen und Sorgen heimgesucht, begegne seiner Umwelt voller Misstrauen, ziehe sich sozial sehr stark zurück, erlebe sich oft hilflos, schutzlos und ausgeliefert, was wiederum suizidale Gedanken auslöse. Seine negative Grundüberzeugung habe bisher ebenso wenig verändert werden können wie seine Selbstzweifel und sein schlechtes Selbstwertgefühl. Es handle sich somit um einen schweren und seit vielen Jahren bestehenden Gesundheitsschaden. Die medizinische Prognose sei mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit langfristig ungünstig. Der Beschwerdeführer habe jahrelang ein labiles inneres Gleichgewicht halbwegs aufrechterhalten können. Er sei somit zeitweise über mehrere Monate arbeitsfähig gewesen. Beim letzten Arbeitgeber, wo er zum ersten Mal in seinem Leben länger beruflich tätig gewesen sei, habe er jedoch eine Wiederholung seiner schwierigen Kindheits Erfahrungen an verbaler, emotionaler und einmalig auch körperlicher Gewalt erlebt. Er sei seither zu 100 % arbeitsunfähig. Die Bipolar-II-Störung, die komplexe PTBS sowie die schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung hätten allesamt erheblichen negativen Einfluss auf das Denken, das Handeln, die Affektsteuerung, die Belastbarkeit, die Anpassungsfähigkeit, die Flexibilität, die Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Steuerung sozialer Kontakte. Daher müsse langfristig davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer sowohl für die bisherige als auch für eine angepasste Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig sei (S. 11 f.).

E. 3.21

Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, nahm am 23. Juli 2020 Stellung (Urk. 9/79/3-5) und führte aus, im sehr ausführlichen und umfangreichen Gutachten von Dr. A.____ werde das Vorliegen einer bipolaren Störung nachvollziehbar diskutiert und ausgeschlossen. Das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung

werde nicht bezweifelt. Die unterschiedlichen Persönlichkeitsanteile seien ebenfalls im Gutachten hergeleitet und diskutiert worden, übereinstimmend bestünden narzisstische Persönlichkeitsanteile. Eine Persönlichkeitsstörung beginne in der Kindheit oder Adoleszenz und bestehe in der Regel lebenslang. Im Bericht von med. pract. B. ___ gebe dieser an, dass die Einschränkungen durch die Persönlichkeitsstörung führend für die Leistungseinschränkungen seien. In seiner letzten Tätigkeit habe der Beschwerdeführer trotz der vorliegenden Persönlichkeitsstörung von 2007 bis 2015 zu nächst als Trainer und später als Ausbilder tätig sein können, obwohl diese Tätigkeit nicht seinem optimalen Belastungsprofil entsprochen habe. Das Vorliegen der Persönlichkeitsstörung schliesse demnach nicht die Arbeitsfähigkeit aus. Die von med. pract. B. ___ angegebenen Einschränkungen seien nicht nachvollziehbar. Die funktionellen Einschränkungen seien ebenfalls im Gutachten ausführlich begründet und diskutiert worden. Beim Beschwerdeführer seien die Bedingungen für eine posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllt. Der Diagnose von Dr. J. ___ könne nicht gefolgt werden. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung sei bereits im Gutachten von Dr. A. ___ ausgeschlossen worden. Neue oder unberücksichtigte medizinische Tatsachen gingen aus dem Einwand nicht hervor. Es könne weiterhin auf das Gutachten von Dr. A. ___ abgestellt werden.

4. 4.1

Der psychiatrische Gutachter Dr. A. ___ konnte in seinem Gutachten vom August 2019 (vgl. vorstehend E. 3.16) als Diagnose eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und narzisstischen Anteilen (ICD-10 F61.0) nennen und ging davon aus, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 80 % und in jeder angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

4.2

Das Gutachten von Dr. A. ___ vom August 2019

erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.6) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der ihm zur Verfügung gestellten Vorakten (Anamnese) abgegeben. Darüber hinaus leuchtet es in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

Eine entsprechende Prüfung ergibt denn auch, dass der psychiatrische Gutachter die heute massgebenden Standardindikatoren (vorstehend E. 1.5) in seine Beurteilung weitestgehend einbezogen hat.

So hat er sich einlässlich mit den diagnostisch relevanten Befunden und deren Ausprägung auseinandergesetzt (Urk. 9 / 57 S. 15 ff., S. 23 f.), ebenso mit dem Behandlungserfolg (S. 32 f.). Er legte in nachvollziehbarer Weise dar, dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer klar im Vordergrund stehe und alle übrigen Symptome sekundär und nicht losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren zu beurteilen seien (S. 25). Das Vorliegen einer leistungseinschränkenden affektiven Erkrankung im Sinne einer Störung des Kapitels F3 der ICD-10, insbesondere einer Bipolar II-Störung, verneinte er in ausführlicher Weise und begründete dies schlüssig und nachvollziehbar (S. 27 f., S. 29 ff.),

S. 33 f.). Zum Explorationszeitpunkt habe sich der Beschwerdeführer klinisch-psychiatrisch unauffällig präsentiert (S. 23). Bisher hätten (medikamentöse) Behandlungsangebote im ambulanten und (teil-)stationären Setting stattgefunden (S. 32), eine berufliche Wiedereingliederung sei an die Bedingung einer überdauernden ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung der Persönlichkeitsstörung und an eine überdauernde Abstinenz von psychotropen Substanzen zu knüpfen (S. 28). Zum Aspekt der Persönlichkeit wies der Gutachter darauf hin, dass die Persönlichkeit des Beschwerdeführers histrionisch-narzisstisch wirke, alles was seine Person betreffe, wirke sehr bedeutungsschwer. Der Beschwerdeführer stelle höchste Leistungsansprüche an sich selbst und strebe nach perfekter Erfüllung. Wenn er hinter seinen Erwartungen zurückbleibe, führe er äussere Umstände und multiple Krankheitssymptome an, die ihn unter anderem zum Opfer machten. So werde das bisherige Scheitern ausschliesslich externen Faktoren zugeschrieben. Entsprechend erlebe sich der Beschwerdeführer als krank und als Opfer (S. 16). Die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers beträfen also seine Charakterpathologie, die die berufliche Integration erschwere (S. 25).

Als persönliche Ressourcen können dem Gutachten die jahrelange erfolgreiche Tätigkeit des Beschwerdeführers als Fitness-Ausbilder, das Abschliessen von Ausbildungen sowie die schnelle Aneignung eines sehr guten deutschen Wortschatzes entnommen werden (S. 24, S. 30). Hinsichtlich des Gesichtspunkts der Konsistenz ist festzuhalten, dass die Beschwerdeschilderung und das Verhalten des Beschwerdeführers als demonstrativ wirkend beschrieben wurden und appellativen Charakter hätten (S. 25). Ferner springe eine deutliche Fähigkeit des Beschwerdeführers ins Auge, sich beziehungsweise anamnestische Daten so darzustellen, wie es ihm gerade opportun zu sein scheine. Diese Manipulationstendenz mache ihn unberechenbar. Insofern sei festzustellen, dass eine Instrumentalisierung von Beziehungen nicht gänzlich auszuschliessen sei. Das Verhalten zeige sich auch in den Schilderungen zu Symptomen und Diagnosen, die sich nicht mit den objektiven Befunden in Einklang bringen liessen (S. 26). In einer Gesamtschau sei zu beurteilen, dass es vorliegend wesentliche Inkonsistenzen und Unplausibilitäten gebe. Die Widersprüche und ein nicht immer gegebener logischer Zusammenhang der Angaben des Beschwerdeführers sprächen gegen die Authentizität der geltend gemachten Symptome. Gegen einen bis zu täglich 22 Stunden andauernden sozialen Rückzug in die Wohnung spreche, dass man dann eher nicht ein braun gebranntes – der Jahreszeit entsprechendes – Hautkolorit erwarten müsste. Auch sei eine regelmässige Einnahme von Temesta nicht objektivierbar. Zudem habe der Beschwerdeführer regelmässig ihm angebotene psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen wieder abgebrochen und habe diese auch zeitlich korreliert zum IV-Verfahren wieder aufgenommen, was wesentlich gegen einen ausgeprägten Leidensdruck spreche (S. 27 f.).

Die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit (S. 28 f.) ist zudem so erfolgt, dass sie sich gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) ergibt. 4.3

Nachdem sich der Gutachter Dr. A.____ in seiner Beurteilung (auch) an den Standardindikatoren orientiert hat, ist die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der

Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen (BGE 144 V 50 E. 3.4). Mithin erfüllt das Gutachten sowohl die praxismässigen herkömmlichen Anforderungen (vorstehend E. 1.6) als auch diejenigen des strukturierten Beweisverfahrens (vorstehend E. 1.3-1.5). Somit ist betreffend die Diagnosen wie auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten von Dr. A.____ abzustellen. 4.4

Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers vermögen die Berichte der behandelnden Psychiater, welche ihm nebst einer Persönlichkeitsstörung auch eine Bipolar II-Störung diagnostizierten und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit

ausgingen, das Gutachten von Dr. A.____ nicht umzustossen. So steht unbestritten fest, dass der Beschwerdeführer an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung leidet und diese dominierend ist beziehungsweise klar im Vordergrund steht, was die Einschränkungen anbelangt. Der Beschwerdeführer zeigt krankheitswertige Persönlichkeitsmerkmale betreffend Interaktion, leidet an interaktiven Defiziten und es bestehen Einschränkungen in der sozialen und emotionalen Adaptionsfähigkeit, in der Regulation von Affekten und Impulsen und in der Selbstwahrnehmung. Die Auswirkungen dieser Einschränkungen werden insofern unterschiedlich beurteilt, als der behandelnde Psychiater med. pract. B.____ diese als gravierend beschreibt (vgl. E. 3.18), während der Gutachter einzig (in sechs Bereichen) leichte Einschränkungen festhält. Die Begründung und Schlussfolgerung im Gutachten vermögen zu überzeugen (vgl. Urk. 9/57 S. 18 ff.), indem der Gutachter aufzeigte, dass keine Psychopathologie festzustellen sei, die es begründen beziehungsweise plausibel machen könnte, dass der Beschwerdeführer grössere Schwierigkeiten habe, den Tag zeitlich strukturieren zu können und anstehende Aufgaben nicht in ihrer zweckmässigen Folge zu erledigen. Objektive krankheitsbedingte Gründe, die es ihm verunmöglichen würden, eine Tagesstruktur und einen geregelten Arbeitsablauf einhalten zu können, seien nicht festzustellen gewesen (S. 18). Aufgrund der kombinierten Persönlichkeitsstörung habe der Beschwerdeführer Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäss anzupassen. Er sei in der Tat weniger flexibel in Bezug darauf, sein Verhalten wechselnden Anforderungen anzupassen. Insofern sei eine Arbeitsplatzanpassung notwendig, wodurch in Bezug zur beruflichen Leistungsfähigkeit dann eine leichte Einschränkung dieser Fähigkeit resultiere (S. 19). Beim Beschwerdeführer könnten keine psychopathologischen Befunde festgestellt werden, die es ihm verunmöglichten, an Freizeit- und Erholungsaktivitäten teilzunehmen. Krankheitsbedingte Lethargie und Passivität seien nicht augenscheinlich. Es seien beim Beschwerdeführer keine krankheitsbedingten psychischen Gründe objektivierbar, die begründen könnten, dass er bei einer etwaigen beruflichen Aufgabe nicht über die erforderliche Zeit hin aktiv bleiben könnte und eine eingeschränkte Qualität resultiere (S. 20). Der Gutachter bemerkte ausserdem zu Recht, dass in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des Ambulatoriums D.____ (vgl. vorstehend E. 3.2) die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als arbeitsplatzbezogen beurteilt wurde, lediglich ein Verdacht auf eine Bipolar II-Störung gestellt und zudem ausgeführt wurde, dass die Erkrankung durch belastende Ereignisse am Arbeitsplatz verursacht worden sei. Es erhellte somit, dass vorliegend ein arbeitsplatzbezogener Gesundheitsschaden vorgelegen habe, der in der Entwicklung nur sehr unwahrscheinlich losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren zu beurteilen gewesen sei. Weiter machte der Gutachter nachvollziehbar darauf aufmerksam, dass für die in den Arztberichten von med. pract. B.____ festgehaltene Diagnose einer Bipolar

II-Störung seit der Jugendzeit jedwede fachärztlich-psychiatrischen Objektivierungen in den Akten fehlten. Wesentlich gegen das Vorliegen dieser Störung spreche zudem, dass der Beschwerdeführer bis zur attestierten Arbeitsunfähigkeit im Jahre 2015 mehrere Jahre erfolgreich beruflich tätig gewesen sei und Ausbildungen abgeschlossen habe (S. 29 f.). Schliesslich konnte der Gutachter die im Bericht von med. pract. B.____ festgestellte Chronifizierung (vgl. vorstehend E. 3.15) in Bezug zu einer versicherungsmmedizinisch-relevanten psychischen Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit nicht bestätigen. Sodann hat das Gericht – bei Berichten von behandelnden Ärzten – der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S.

353 mit weiteren Hinweisen). Zwar kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte oft wertvolle Erkenntnisse hervorbringen. Jedoch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353; 124 I 170 E. 4. S. 175; Urteil des Bundesgerichts 9C_906/2011 vom 8. August 2012 E. 4.4) nicht zu, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, da die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_278/2011 vom 26.

Juli 2011 E. 5.3; 8C_567/2010 vom 19. November 2010 E. 3.2.2 sowie 9C_710/2011 vom 20. März 2012 E. 4.5; SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Dies gilt auch für die von Dr. J.____ genannte Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung. Mit RAD-Ärztin Dr. M.____ (vorstehend E.

3.21), die über einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt und welcher sämtliche Akten vorlagen, gilt es festzuhalten, dass die aktuell gültige internationale Klassifikation psychischer Störungen die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nicht vorsieht. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1 setzt sodann voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmass auftritt, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Diese Voraussetzungen sind vorliegend – in Übereinstimmung mit Dr. M.____ – nicht erfüllt, worauf bereits der Gutachter Dr. A.____ hingewiesen hat (Urk. 9/57 S. 31). 4.5

Zusammenfassend steht der Sachverhalt dahingehend fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fitness-Ausbilder zu 20 % eingeschränkt ist, in sämtlichen anderen Tätigkeiten gemäss Arbeitsplatzprofil hingegen von keiner relevanten Einschränkung auszugehen ist.

Betreffend die von der Beschwerdegegnerin auferlegte Schadenminderungspflicht bleibt festzuhalten, dass gemäss Gutachten eine berufliche Wiedereingliederung an die Bedingung einer überdauernden Abstinenz von psychotropen Substanzen zu knüpfen sei (Urk. 9/57 S.

28). Die vom Beschwerdeführer in der IV-Anmeldung festgehaltenen Symptome seien nicht losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren und auch nicht losgelöst von einem später im Verlauf sich plausibilisierenden Suchtmittelmissbrauch zu beurteilen (S. 29). Der von med. pract. B.____

beschriebene Konsum von Alkohol, Cannabis, Cocain und Ecstasy in hypomanen Phasen beschreibe einen Konsum illegaler Substanzen, der bereits alleine geeignet sei, die vom Beschwerdeführer berichteten Symptome auszulösen (S. 30). Allein der Kokainkonsum könne eine hypomane -gereizte Stimmung als direkte Suchtmittelfolge auslösen, was nicht mit einer Störung des Kapitels F3 der ICD-10, für die es beim Beschwerdeführer überhaupt keine objektiven Belege und Verhaltensbeobachtungen gebe, verwechselt werden dürfe (S. 31). Der Gutachter beurteilte schliesslich, dass nicht das durchgeführt worden sei, was vom RAD verlangt worden sei, nämlich eine Haaranalyse, die über den zeitlichen Verlauf einer etwaigen Suchtmittelaufnahme Auskunft gebe

(S. 32). Vor diesem Hintergrund mit einem Drogenkonsum in der Vergangenheit sowie der Begründung des RAD-Arztbeschlusses med. pract. L.____, wonach die Vorbeugung hinsichtlich der Entwicklung einer Drogensucht bei gegenwärtigem Erreichen einer Abstinenz Zweck der Schadenminderungspflicht sei (vgl. vorstehend E. 3.17), erscheint diese gerechtfertigt und gibt zu keinen Beanstandungen Anlass.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5. 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. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich, Soziale Dienste, MLaw

Z.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensSchüpbach

E. 8

) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 20. November 2020 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk.

E. 10

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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