

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00723 vom 2. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00723](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00723)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00723 du 2 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00723 del 2 marzo 2021

## Erwägungen

### E. 1.1

oben).

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer habe als zentrale Problematik die Merkfähigkeit angegeben. Er vergesse ständig Dinge. Zusätzlich leide er seit sei ner Jugend an einer «Depression». Er habe eine gewisse Antriebsschwäche, aktuell ansonsten aber keine depressiven Symptome. Ausserdem leide er an ADS. Bei Stress werde er deswegen depressiv (S. 11 Ziff. 3.1 oben). Er leide unter der Prob lematik Depression, ADS und Merkfähigkeit . Trotz verschiedener Medikamente sei es nicht wirklich besser geworden (S. 11 Ziff. 3.2 Mitte). Im Hinblick auf eine Urindokumentation habe der Beschwerdeführer erklärt , es könne sein, dass Amphetamine nachgewiesen würden. Er habe das Medikament Elvanse , das ihm erneut verschrieben worden sei, selbständig abgesetzt. Er habe damit dokumen tieren wollen , dass er unter einer stabilen, dauerhaften Einschränkung leide .

Aktuell sei er alle drei Monate bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychothe rapie in Behandlung (S. 11 Ziff. 3.2 unten). Eine Rückfrage beim Beschwerdefüh rer habe ergeben , dass die Kündigung der letzten Arbeitsstelle , wie in den Akten dokumentiert , durch ihn erfolgt sei (S. 13 Mitte).

Z wischen dem 6. und 7. Lebensjah r

des Beschwerdeführers sei

eine psychiatrische Abklärung in der p sychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ erfolgt . Es habe sich um eine POS-Abklärung gehandelt . Die entsprechenden Dokumente würden aber nicht mehr existieren

(S. 13 unten). Aktuell arbeite er etwa zwei Stunden pro Monat in e inem Export-/Import-Unternehmen, wobei er etwa Fr. 20'000.-- - 30'000.-- erwirtschaften würde. Dies sei der reine Umsatz (S. 15 oben). Im Rahmen einer Integrationsmassnahme der Invalidenversicherung habe eine Arbei tsfähigkeit von bis zu 80 % bestanden. Der Beschwerdeführer empfinde sich jedoch für jede Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig. Er erwarte eine ganze Rente

(S. 16 oben). Im Haushalt und im Alltag benötige er keine Hilfen. Er könne Autofahren und erledige alle Einkäufe selber. Pro Monat fahre er etwa 1000 km. Einschränkungen beim Autofahren oder bei der Teilnahme am öffentlichen Verkehr seien nicht zu dokumentieren (S. 17 unten). In der Vergangenheit seien versc hiedenen antide pressiv wirkende Medikamente versucht worden, an die sich der Beschwerdefüh rer nur zum Teil erinnern könne. Seit Langem nehme er Lithium ein (S. 18 oben).

Der Beschwerdeführer habe auf einen Urinbefund angesprochen angegeben, dass er erst am Samstag Methylphenidat abgesetzt habe. Es sei daher zu berücksichtigen, dass die neuropsychologische Untersuchung wahrscheinlich unter Methylphenidat durchgeführt worden sei. Der Beschwerdeführer habe auf einem Fragebogen Einschränkungen im Haushalt und der Kindererziehung angegeben. Bei genaueren Nachfragen fänden sich hierzu aber keine Einschränkungen (S. 18 unten).

3.

### **E. 1.2**

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

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

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

### **E. 1.3**

Die IV-Stelle tätigte in der Folge medizinische (Urk. 6/99, 6/101-102) und berufliche (Urk. 6/103, Urk. 6/105/2-4) Abklärungen und holte ein neuropsychologisches und ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 6/122, Urk. 6/124) ein. Am

### **E. 1.4**

oben). Er attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Konstrukteur und Projektleiter (nach einem abgeschlossenen Studium in Maschinenbau) vom 1. Oktober 2013 bis 20. März 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und seit dem 21. März 2014 bis auf Weiteres eine solche von 50 % (S. 3 Ziff. 1.6). Im Hinblick auf die bisherige Tätigkeit bestünden Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, eine depressive Verstimmung, Antriebslosigkeit, Schwankungen der Leistungsfähigkeit sowie eine verminderte Anpassungsfähigkeit und Flexibilität. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (S. 3 Ziff. 1.7). 3.3

Dr. C.\_\_\_\_ nannte im Verlaufsbericht vom 20. Oktober 2016 (Urk. 6/64) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F98.8), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte Episode (ICD-10 F33.1), einen Verdacht auf eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1) und eine Lesestörung (Verdacht auf eine Störung der lexikalisch-semanticen Routine) bei fehlender Rechtschreibstörung (ICD-10 F81.8, S.

1 Ziff. 1.2).

Weiter wurde ausgeführt, eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer für vier Stunden pro Tag zumutbar. Er sei jedoch nicht fähig, die Arbeit konkurrenzfähig zu bewältigen, da er im Arbeitsfluss stark verlangsamt sei, unabhängig von der Art der Arbeit. Die Leistungsfähigkeit sei um zirka 70 % reduziert und es verbleibe eine Leistungsfähigkeit von zirka 30 % (S. 2 Ziff. 2.1). Die ambulante Behandlung erfolge mit einem Rhythmus von zwei Sitzungen pro Woche (S. 3 Ziff. 3.1). 3.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 4. November 2016 ( Urk. 6/71 S. 4 ff.) Stellung zu Akten . Er führte aus, im psychiatrischen Überblick ergebe sich kein zusammenpassendes Bild (S. 5 Mitte). Der Diagnose einer mit telgradigen depressiven Störung könne nicht gefolgt werden . In einem Bericht über berufliche Massnahmen sei angegeben worden, dass der Beschwerdeführer gerne zur Arbeit komme . Der Verdacht auf eine soziale Phobie können im Hin blick auf die Berichte über berufliche Massnahmen ebenfalls nicht bestätigt wer den . Das Ausmass der diagnostizierten Lesestörung und die eventuelle Auswir kung auf die Arbeitsfähigkeit sei en unklar (S. 5 unten). Es bestünden grosse Zwei fel, ob die vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen in einem arbeits relevanten Ausmass vorhanden seien (S. 6 oben). 3.5

Med. pract . E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in der Stellungnahme vom 23. Februar 2017 ( Urk. 6/ 71 S. 7 f.) aus, nach den vorliegenden Akten

seien dem Beschwerdeführer als Belastungsprofil gut strukturierte Tätigkeiten und Aufgaben in ruhiger und reizarmer Atmosphäre bei ausreichender Anleitung mit Fremdkontrolle zumutbar (S. 7 oben). In der bishe rigen Tätigkeit als Polymechaniker und in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 7 Mitte). Die im Verlauf gestellten Diagnosen seien unter Berücksichtigung der psychopathologischen Befunde, der Abklä rungsberichte und fremdanamnestischer Angaben nicht plausibel. Der Wunsch des Beschwerdeführers nach Tätigkeiten, für die er nach einem abgebrochenen Maschinenbaustudium nicht qual ifiziert sei, und entsprechende Stellenbewerbun gen mit zu erwartender Frustration seien nicht IV-relevant. Die neuropsycholo gischen Untersuchungen würden nicht eindeutig für ein ADS/ADHS sprechen. Wiederholt werde für bestimmte Situationen wenig Beharrlichkeit und Ehrgeiz, das Maximum zu leisten, angemerkt (S. 7 unten). 3.6

Dr. C.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 12. Juni 2017 ( Urk. 6/82) ergänzend aus, die diagnostische Einschätzung durch ihn basiere auf der Ver laufsbeobachtung und einer Therapie von mehr als sechs Jahren. Die Leistungs fähigkeit des Beschwerdeführers sei durchgehend mal stärker, mal schwächer ein geschränkt. Trotz adäquater Behandlung sei es zum Abbruch des Studiums gekommen. Die geschilderten Probleme stünden nicht nur im Zusammenhang mit einer Diagnose. Es handle sich um die Auswirkungen der Interferenz der verschie denen komorbid auftretenden Störungen . Die depressive Störung habe erst nach jahrelanger Behandlung und unter einer Langzeittherapie mit Lithium verbessert werden können. Die depressive Symptomatik verstärke sich zudem regelhaft, sobald der Beschwerdeführer Stress ausgesetzt sei (S. 2 Ziff. 2). Er gehe davon aus, dass der Patient für eine der Behinderung angepasste Tätigkeit maximal eine Arbeitsfähigkeit von 50 % aufweise (S. 2 Ziff. 3). 3.7

Dr. C.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 22. Mai 2019 ( Urk. 6/101) als Diagno sen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F98.8) , eine rezidivierende depressive Störung, gegenwär tig teilremittiert mit Residualsymptomatik (ICD-10 F33.4) , eine Hypersomnie mit hohem Schlafbedarf und dennoch erhöhter Tagesmüdigkeit mit grenzwertig schlafbezogenen Atmungs- und Bewegungsstörungen, einen Verdacht auf eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1) und eine Lesestörung (ICD-10 F81.8, S. 5 Ziff. 2.5).

Dr. C.\_\_\_\_

gab weiter an, hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit habe sich seit dem Bericht vom 20. Oktober 2016 nur wenig verändert. Anfang 2017 sei es bei einer kombinierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung einschließlich einer Pharmakotherapie zu einer unerwarteten Besserung der chronisch verlaufenden rezidivierenden depressiven Störung gekommen. Es handle sich um die Hauptsymptome depressive Verstimmung und Freudlosigkeit/Interesseverlust. Zur Besserung dürfte beigetragen haben, dass der Beschwerdeführer seit der Beendigung eines von der Invalidenversicherung unterstützten Arbeitstrainings weniger Druck und Stress ausgesetzt gewesen sei. Stress habe früher regelhaft zu einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik geführt. Im April 2018 sei eine polysomnographische Abklärung der Schlafstörungen mit verstärkter Tagesmüdigkeit erfolgt (S. 3 Ziff.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 19. Oktober 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 15. September 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren fachärztlichen Abklärung und anschliessenden Neuverfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3 oben).

Die IV-Stelle beantragt mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2020 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 18. Dezember 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

oben). Trotz einer Besserung der depressiven Symptomatik bestünden weiterhin verschiedene, den Beschwerdeführer im Alltag massive behindernde Symptome. Diese seien als Residualsymptome nach langdauernder depressiver Störung anzusehen (S. 3 Ziff.

### **E. 2.2**

unten). Es bestehe weiterhin eine signifikante den Alltag einschränkende Antriebsstörung mit Akzentuierung am Morgen. Die den Beschwerdeführer stark behindernde Fatigue dürfte polyfaktoriell

bedingt sein (S. 3 f. Ziff. 2.2).

Die Prognose für eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt sei sehr schlecht. Es müsste sich um Anforderungen analog einem geschützten Arbeitsplatz handeln. In einem Arbeitstraining habe der Beschwerdeführer

unter normalen, komparativen Anforderungen keine ausreichende Leistung erbringen können. Seit Anfang 2016 sei er nur noch im Haushalt tätig, wo er bis heute eine deutliche Leistungseinschränkung zeige (S. 5 Ziff. 2.7). Seit dem letzten Bericht habe sich die Situation kaum verändert. Gemäss der Partnerin des Beschwerdeführers habe er grosse Mühe, den Haushalt bedarfsgerecht abzuwickeln (S. 6 Ziff. 3.4). 3.

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer brachte vor, das psychiatrische Gutachten vom 20. Februar 2020 erfülle die Vorgaben des Bundesgerichts nicht in hinreichender Form. Insbesondere argumentiere der Gutachter teilweise auf fehlerhafter oder unzureichender

Tatsachengrundlage, unter inhaltlicher und teleologischer Verkürzung einzelner Indikatoren ( Urk. 1 S. 7 Mitte). Er habe neben einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, lediglich eine leichte kognitive Störung festgestellt. Diese Einschätzung stehe in offenkundigem Widerspruch zur seit mehreren Jahren durch den behandelnden Arzt gestellten Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität und zur Abklärung im Sanatorium A.\_\_\_\_ (S. 7

Ziff. 1

a) . Medizinische Abklärungen vor dem Jahr 2010 seien für die Begutachtung nicht herangezogen worden. Bereits zu Kindheits- und Jugendzeiten hätten jedoch nicht unerhebliche psychische Auffälligkeiten bestanden (S.

#### **E. 2.4**

Streitig und zu prüfen ist, ob auf das neu eingeholte interdisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann und ob ein Rentenanspruch besteht. 3. 3.1

Die Ärzte des Sanatoriums A.\_\_\_\_ stellten im Bericht

vom 26. August 2010 ( Urk. 6/66/9-13) über eine ADHS-Abklärung des Beschwerdeführers

die Diagnose Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F 98.8, S. 1 oben; vgl. auch den neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 15. Juni 2012 über eine Abklärung im Zentrum B.\_\_\_\_ , Urk. 6/66/1-5). 3.2

Der Beschwerdeführer ist seit Februar 2011 bei Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulanter Behandlung ( Urk. 6/13 S. 1 Ziff. 1.2). Der Psychiater nannte im Bericht vom 2. Juni 2014 ( Urk. 6/13 ) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10 F98.8), eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1) , und einen Verdacht auf eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1, S. 1 Ziff. 1.1).

Dr. C.\_\_\_\_ führte zur Anamnese aus, in den Jahren 2006 und 2010 seien wie derholt Abklärungen wegen ADHD erfolgt. Die Diagnose einer Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität sei im August 2010 durch die Ärzte des Sanatoriums

A.\_\_\_\_ bestätigt worden (S. 2 Ziff.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.2**

unten). In einer Abklärung von 2012 seien ein gut durchschnittliches, allgemeines kognitives Leistungsniveau dokumentiert und leichtgradige Einschränkungen von Aufmerksamkeitsfunktionen festgestellt worden. Bei der Abklärung habe sich jedoch eine Problematik bezüglich der Mitarbeit ergeben. Eine vollständige Abklärung hinsichtlich Aggravation und Simulation sei nicht durchgeführt worden. Da eine Störung bereits für die Kindheit und Jugend dokumentiert sein müsse, könne keine Diagnose aus dem Formenkreis ICD-10 F90 gestellt werden .

Bezüglich der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig teilremittiert mit Residualsymptomatik ,

besteht eine Kategorie teilremittiert. Im Bericht des behandelnden Arztes von 2019 findet sich sodann keine Begründung, weshalb die Störung nur teilremittiert sein soll (S. 22 oben). Gemäss den Akten fanden sich längerfristige rezidivierende depressive Symptome. Eine gedrückte Stimmung besteht aktuell nicht. Es findet sich eine sehr gering verringerte affektive Stimmungsfähigkeit, die nicht als pathologisch anzusehen sei. Ein Verlust der Freude/Fähigkeit besteht nicht. Bezüglich einer Verminderung des Antriebs habe der Beschwerdeführer während der gesamten Untersuchung ein klares Selbstwertgefühl bei der Diskussion zum Befund und den Diagnosen gezeigt. Hinweise auf Schuldgefühle hätten nicht bestanden (S. 22 Mitte). Zum aktuellen Zeitpunkt sei von einer rezidivierenden depressiven Erkrankung, gegenwärtig remittiert auszugehen. Während der gesamten Untersuchung hätten sich keine Hinweise für ein erhöhtes Schlafbedürfnis untertags ergeben. Eine psychiatrische Diagnose lasse sich daraus nicht ableiten (S. 22 unten).

Betreffend die Verdachtsdiagnose einer sozialen Phobie habe der Beschwerdeführer während der Untersuchung keine diesbezüglichen Einschränkungen angegeben. Es sei nicht dokumentiert, dass er nicht einkaufen gehen könne und es bestünden auch sonst keine sozialen Einschränkungen. Er vermeide auch keine spezifischen phobischen Situationen. Von einer sozialen Phobie sei daher nicht auszugehen. Aus klinischer Sicht seien sodann keine ausreichenden Hinweise für eine aktuell bestehende Lesestörung festgestellt worden (S. 22 f.). Im Hinblick auf die Klagen über Gedächtnisstörungen, Vergesslichkeit, Lern- oder Konzentrationschwierigkeiten sei keines der Symptome so schwerwiegend gegeben, dass die Diagnose einer Demenz, organischen amnestischen Syndrom oder Delir gestellt werden könnte. Es sei die Diagnose einer leichten kognitiven Störung zu stellen (S. 23 unten).

Mit den Schulnoten werde eine unauffällige schulische Entwicklung mit teilweise guten Noten dokumentiert. Eine ADHS-Abklärung im Sanatorium A.\_\_\_\_ im Jahr 2010 habe keine erheblichen kognitiven Einschränkungen ergeben. Der Beschwerdeführer habe sodann im Rahmen einer Integrationsmassnahme bis zu einem Pensum von 80 % arbeiten können. Aktuell hätten sich keine kognitiven Einschränkungen gezeigt. Es sei aber eine deutliche Besserung der depressiven Symptomatik festgestellt worden (S. 24 Ziff. 7.1.1 Mitte). Es bestünden erhebliche Ressourcen im sozialen Bereich mit Unterstützung der Ehefrau. Weiter bestehe eine deutliche Anspruchshaltung gegenüber der Gesellschaft mit klaren Forderungen bezüglich einer Unterstützung. Der Beschwerdeführer habe sich während der Untersuchung klar abgrenzen und diskutieren können und habe klare Ansprüche an das Gegenüber stellen können. Bezüglich des sozialen Umfeldes bestehe eine erhebliche emotionale Unterstützung durch die Ehefrau, die auch als positive strukturierte Hilfe angesehen werde. Die Kinder würden ebenfalls als hilfreich, strukturierend und positiv wahrgenommen (S. 24 Ziff. 7.1.2 und 7.1.3).

Der Beschwerdeführer habe subjektiv keine Verbesserung durch die Einnahme von Amphetaminderivaten angegeben. Die Untersuchung habe aber eine gewisse Besserung aufgrund der Medikation ergeben. Bezüglich der rezidivierenden depressiven Symptomatik sei es aktuell zu einer erheblichen Remission gekommen. Eine regelmässige psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung sei in der Intensität erheblich reduziert worden (S. 25 Ziff. 7.2 oben). Nachvollziehbar bestünden nur geringe Einschränkungen im Haushalt und im organisatorischen Bereich. Unter der Hypothese einer Erkrankung aus dem Formenkreis der Aufmerksamkeitsstörung wäre eine intensivere Therapie bezüglich

Amphetamine zu erwarten. Eine solche werde nicht durchgeführt. Mit der Hypothese einer kognitiven Störung sei eine Therapie jedoch nicht indiziert (S. 25

Ziff. 7.3).

Der Beschwerdeführer habe in einer schriftlichen Befragung deutliche Symptome für Funktionseinbussen angegeben. Bei der Untersuchung sei dann aber heraus gearbeitet worden, dass eine deutlich geringere Einschränkung für den Haushalt und organisatorische Tätigkeiten bestehe. Die Angaben bezüglich der Symptome und Einschränkungen wirkten sodann teilweise einstudiert und vorstrukturiert. Der Lebenslauf sei von der Partnerin des Beschwerdeführers erstellt worden, wobei erhebliche Einschränkungen dokumentiert worden seien. Es handle sich um eine ausgesprochene Verdeutlichung mit zusätzlicher Berücksichtigung von angelernten psychiatrischen Symbolbildern. Symptome seien zudem zu Beginn nicht nachvollziehbar dargestellt worden (S. 26 oben). Der Beschwerdeführer sei fahrfähig. Er wisse, wann er dies könne und wann nicht und fahre nur kurze Strecken (S. 26 unten). Bei komplexen Planungstätigkeiten habe sich innerhalb der kognitiven Struktur eine erhebliche Einschränkung gezeigt. Bei der einfachen Strukturierung von Aufgaben finde sich keine Einschränkung. Selber habe der Beschwerdeführer angegeben, dass die Planung für ihn sehr schwierig sei (S. 27 Ziff. 7.4 Mitte). Bezüglich Flexibilität und Umstellung bestehe eine mittelgradige Einschränkung (S. 27 Ziff. 7.4 unten). Weiter bestünden geringe Hinweise für Einschränkungen der Durchhaltefähigkeit und des Antriebes (S. 28 oben). 3.

## **E. 8**

.2

Dipl.-Psych. F. \_\_\_ gab als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an, aus neuropsychologischer Sicht bestünden aufgrund der aktuellen Untersuchung insgesamt leichte kognitive Funktionsstörungen der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen sowie mittelschwere kognitive Funktionsstörungen der Lern- und Gedächtnisleistungen sowohl im verbalen als auch im figuralen Bereich. Gesamthaft könne das kognitive Leistungsvermögen als leicht bis mittelschwer beeinträchtigt eingestuft werden (S. 13 Ziff. 6.1).

Als beruflich relevante Einschränkungen bestünden eine Verlangsamung und eine fehlerhafte und ungenaue Arbeitsweise. Weiter bestünden Gedächtnisprobleme beziehungsweise Lernstörungen bei der Aufnahme neuer Informationen, sowohl figuraler als auch verbaler Art, und Probleme unter erhöhtem Zeitdruck

und interaktionellem Druck zu arbeiten (S. 15 f. Ziff. 8.1). Die neuropsychologisch objektivierbaren Defizite hätten mit grosser Wahrscheinlichkeit einschränkende Auswirkungen auf die angemessene Bewältigung der alltäglichen kognitiven Anforderungen im beruflichen Umfeld und schränkten die Arbeitsfähigkeit ein (S. 16 Ziff.

### **E. 8.1**

Mitte). Leidensangepasst seien Tätigkeiten ohne Leitungsfunktionen. Nicht möglich seien weiter

kognitiv anspruchsvolle Tätigkeiten verbunden mit neuen Lernanforderungen oder betrieblichen Weiterbildungen oder Umschulungen. In einer kognitiv nicht anspruchsvollen Tätigkeit im Werk stattbereich ohne Leitungsfunktionen sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (S. 16 Ziff.

## E. 8.2

unten). 3.

## E. 8.3

oben). 3.1 0

Die Gutachter stellten

in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ( Urk. 6/124/37-52) fest, in der Gesamtschau sei für die angestammte Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (S. 10 Ziff. 4.7 unten). Für eine angepasste Tätigkeit seien Anpassungen erforderlich. Aus neuropsychologischer Sicht seien Tätigkeiten mit Leitungsfunktionen zu vermeiden sowie kognitiv anspruchsvolle Tätigkeiten verbunden mit neuen Lernanforderungen oder betrieblichen Weiterbildungen oder Umschulungen (S. 11 Ziff. 4.8 Mitte). Gesamthaft bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 11 Ziff. 4.8 unten). 3.1 1

RAD-Arzt med. pract . E. \_\_\_ nahm am 3. März 2020 ( Urk. 6/129 S. 4 f.) Stellung zum bidisziplinären Gutachten von Dipl.-Psych. F. \_\_\_ und Dr. G. \_\_\_ . Er führte aus, die Teilgutachten seien schlüssig und nachvollziehbar. Die vorbestehenden Berichte hätten den Gutachtern vorgelegen und seien von ihnen gewürdigt worden. Die Schlussfolgerungen insbesondere zur Arbeitsfähigkeit erwiesen sich als nachvollziehbar (S. 4 unten).

Als Diagnosen bestünden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) und eine leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7). Es sei ein Gesundheitsschaden vorhanden, der die Arbeitsfähigkeit mittel- und lang fristig einschränke. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Für eine angepasste Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen. Möglich seien Arbeiten mit geringen Anforderungen an die kognitiven Fähigkeiten, wie die Merk- und Konzentrationsfähigkeit. Zu vermeiden seien Arbeiten unter Zeitdruck, mit Leitungsfunktionen oder mit erheblichen interaktionell notwendigen Kompetenzen , wie eine Tätigkeit im Verkauf oder am Fliessband. Zu vermeiden seien zudem Arbeiten mit erhöhten Anforderungen an die betriebliche Weiterbildung oder Umschulung (S. 5 oben). 4. 4.1

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). 4.2

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, 1 43 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

## E. 9

.1), während er offenbar in nicht unerheblichem Umfang einer selbstständigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Betreffend Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit kann auf die Fahr- und Orientierungsfähigkeiten verwiesen werden. Die anlässlich der Begutachtung festgestellte deutliche Einschränkung in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, die der Beschwerdeführer mit dem Beispiel des Bahnfahrens untermauert und die bei komplexen Planungstätigkeiten auftritt, wird dadurch wie auch durch die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit in der eigenen Firma erheblich in Frage gestellt. Ebenso ist auf die nicht wesentlich eingeschränkte Fähigkeit des Beschwerdeführers, einen Haushalt mit zwei Kleinkindern selbstständig zu führen - diesbezüglich wurde anlässlich der Begutachtung nichts Gegenteiliges vorgebracht (vgl. Urk. 6/124/45 Mitte ; vorstehend E. 3.9.1) - zu verweisen.

Weiter findet die psychiatrische Behandlung gegenwärtig offenbar nur mit einer Frequenz von drei Monaten statt, was gegen einen hohen Leidensdruck des Beschwerdeführers spricht. Schliesslich ist auf die von Dr. G. \_\_\_ festgestellte mangelhafte Compliance bezüglich der eingenommenen Medikamente wie auch die zielgerichtete Planung, kurz vor der Begutachtung ein Medikament abzusetzen, um eine «stabile Einschränkung» zu dokumentieren (vorstehend E. 3.9.1)

hinzuweisen. Dies zeigt, dass der Beschwerdeführer selbst von einer Besserung unter Medikation ausgeht.

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (vgl. vorstehend E. 4.4). Der Nachweis funktioneller Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Grundlage gelingt vorliegend nicht. Nach Prüfung der Standardindikatoren ist somit übereinstimmend mit der Beschwerdegegnerin auch für die angestammte Tätigkeit von einer vollen zumutbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen. 5.5

Zusammenfassend besteht bei einer vollen zumutbaren Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit als Polymechaniker

kein invalidisierender Gesundheitsschaden. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch somit zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung vom 15. September 2020 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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