

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00877 vom 26. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00877

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00877 du 26 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00877 del 26 maggio 2021

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG) .

E. 1.3

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestim mun gen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invali denversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinwei sen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ein getreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revi sions grund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des

analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl.

BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.6

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. 2

Am 23. Dezember 2020 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. November 2020 (Urk. 2 /1) und beantragte deren Aufhebung und die Zusprache einer unbefristeten ganzen Invalidenrente. Mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2021 (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 12. Februar 2021 mitgeteilt wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2 /1) wie folgt: Der Beschwerdeführer sei gemäss Gutachten ab Anfang Oktober 2014 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Ein allfälliger Rentenanspruch sei aufgrund der Anmeldung im November 2015 frühestens ab Mai 2016 zu prüfen. Aus medizinischer Sicht habe im Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in jeder Tätigkeit bestanden, weshalb ein Invaliditätsgrad von 50 % resultiere. In der Folge habe sich sein Gesundheitszustand verbessert; ab Dezember 2016 sei er in jeder Tätigkeit noch zu 40 % arbeitsunfähig gewesen, womit ab März 2017 eine Viertelsrente geschuldet sei (Verfügungsteil 2 S. 1). Ab Mai 2017 habe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit bestanden, weshalb die Viertelsrente bis Ende Juli 2017 befristet werde. Die Beurteilung durch den behandelnden Psychiater stelle eine lediglich andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts dar, jedoch komme auch er zum Schluss, dass die Depression remittiert sei (Verfügungsteil 2 S. 2). Das Gutachten von Dr. Y. ___ sei beweiswertig. Soweit der Beschwerdeführer Korrekturen hinsichtlich verschiedener Lebensereignisse anbringe, vermöge dies im Ergebnis nichts zu ändern. Weiter sei das in der Medizin verbreitete bio-psycho-soziale Krankheitsmodell nicht gleichzusetzen mit dem sozialversicherungsrechtlichen Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte sinngemäss geltend (Urk. 1), es sei aus näher dargelegten Gründen auf die Einschätzung durch seinen behandelnden Psychiater abzustellen und er sei bereits seit Mai 2009 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % (S. 3-4). Dr. Y. ___ habe verschiedene Angaben falsch wiedergegeben (S. 5). Er habe die Medikation aufgrund der verschiedenen Nebenwirkungen absetzen müssen (S. 7). Seine Symptom schilderung, die Anamnese, die Krankheitsentwicklung seien nicht korrekt wiedergegeben worden (S. 8 ff.). Der Rentenentscheid sei verfrüht, da die Eingliederungs massnahmen nicht abgeschlossen seien (S. 13).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers.

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht beurteilte am 28. März 2018 (Urk. 9/64) die bis zum April 2017 ergangenen Arztberichte wie auch das Gutachten von Dr. A. ___ (Urk.

9/49) unter anderem aufgrund der seither geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts zu psychischen Leiden als nicht genügend beweiskräftig (vgl. E. 4.2 des genannten Urteils), weshalb auf eine erneute Wiedergabe verzichtet wird.

E. 3.2

Dr. med. B. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte mit Bericht vom 26. Juli 2018 (Urk. 9/70) aus, der Beschwerdeführer stehe seit 14. April 2016 bei ihm in Behandlung (Ziff. 1.1), und es fänden im Schnitt einmal wöchentlich psychotherapeutische Gespräche im Einzelsetting statt (Ziff. 1.2). Im Vordergrund stünden aktuell Zukunfts- und Erwartungsängste sowie seltene aber heftige Panikattacken (Ziff. 2.2). Es erfolge keine Medikation aufgrund der Erfahrung bezüglich fehlender Wirkung und starker Nebenwirkungen (Ziff. 2.3). Die Diagnose laute (soweit leserlich) ICD-10 F32.1, F43.1 und Verdacht auf F43.9 (Ziff. 2.5; mittelgradige depressive Episode, posttraumatische Belastungsstörung, Verdacht auf Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet). Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei noch nicht sauber beurteilbar, gefühlsmässig aber immer besser (Ziff. 2.7). Zu den Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein könnten, hielt Dr. B. ___ fest, der Beschwerdeführer verfüge über sehr viele Kontakte und Sozialkompetenz, sei sportlich, liebe Reisen und bilde sich gerne weiter (Ziff. 3.5). Die bisherige Tätigkeit sei für 2 bis 4, eine angepasste Tätigkeit für 2

Stunden täglich zumutbar (Ziff. 4.1-4.2). Eine angstmachende druckvolle Umgebung würden den Beschwerdeführer sicherlich in alte Muster zurückfallen lassen, die Sensibilität sei hoch (Ziff. 5).

E. 3.3

Dr. Z. ___ erstattete sein psychiatrisches Gutachten vom 15. November 2018 (Urk. 9/75) unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und der Befunde sowie nach Durchführung verschiedener Tests. Er stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12): - Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) Anlässlich der Begutachtung seien eine leicht bedrückte Grundstimmung, eine leichte innere Anspannung und eine allgemeine Ängstlichkeit bei allerdings erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und bei einem erhaltenen Elan vitae festzustellen gewesen. Objektiv habe der Beschwerdeführer keine Störung der kognitiven Funktionen, keine Antriebsstörungen und keine Verminderung der Psychomotorik

aufgewiesen. Ergänzend zu den anamnestischen Angaben über leichte Ein- und Durchschlafstörungen, eine vollständig erhaltene Tagesstruktur und eine uneingeschränkte Fähigkeit, den Haushalt zu führen, könne gegenwärtig nicht von einer depressiven Symptomatik im Ausmass einer depressiven Episode ausgegangen werden (S. 13). Die frühe Kindheit des Beschwerdeführers sei ohne gravierende traumatische Ereignisse verlaufen, womit sich keine Hinweise auf die Bildung einer Persönlichkeitsstörung in der frühen Kindheit ergäben. Die Kindheit sei aber geprägt gewesen durch die fehlende Präsenz des Vaters und dessen Alkoholprobleme, wo bei der Beschwerdeführer offenbar Halt bei der Mutter gefunden habe. Er berichte über sexuelle Übergriffe und einen sexuellen Missbrauch ab dem 11. Lebensjahr, was aber weder anamnestisch noch aktenmässig zu Verhaltensauffälligkeiten oder sonstigen psychischen Problemen mit Krankheitswert während der Kindheit, Pubertät und im frühen Erwachsenenalter geführt habe. Damit könne nicht von der Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer habe im Erwachsenenalter jahrelang ein unauffälliges Leistungsniveau aufgewiesen und es ergäben sich keine Hinweise auf ein anhaltend auffälliges Verhaltensmuster bezüglich Kognitionen, Wahrnehmungen und sozialer Interaktionen sowie keine Hinweise auf anhaltende Störungen der Impuls- und Affektkontrolle, womit sowohl eine Persönlichkeitsstörung als auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung klar ausgeschlossen werden könne. Es könne ab 2009 der Ausbruch psychischer Probleme mit Krankheitswert und eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit vom 26. Mai bis 30. September 2009 angenommen werden, welche aber aufgrund einer Arbeitsplatzüberlastung und einer belastenden Familiensituation aufgetreten sei und damit einer Anpassungsstörung zugeordnet werden könne. 2009 könne vom Ausbruch einer Angst und depressiven Störung gemischt ausgegangen werden, was aber unter einer etablierten Gesprächspsychotherapie die Arbeitsfähigkeit bis Oktober 2014 nicht nachhaltig beeinträchtigt habe. Seit Oktober 2014 könne auch vom Ausbruch einer Panikstörung sowie einer Akzentuierung sowohl der allgemeinen Ängstlichkeit als auch der depressiven Symptomatik und im Mai 2016 vom Ausbruch einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen werden. Die psychische Verfassung habe sich aber unter Therapie und stationärer Behandlung ab spätestens Anfang 2017 objektiv aufgrund der geschilderten Tagesaktivität und dem fehlenden Bedarf nach einer regelmässigen Psychopharmakotherapie wieder gebessert. Im Verlauf von 2017 und bis zum Untersuchungstermin im Oktober 2018 könne in diagnostischer Hinsicht wiederum von einer gemischten Angst und depressiven Störung sowie von einer Panikstörung ausgegangen werden. Die im Gutachten von Dr. A. ____

attestierten 40%igen Arbeitsunfähigkeit könne damit im Längsschnitt nicht mehr bestätigt und dem Beschwerdeführer seit Anfang 2017 nur vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Panikattacken attestiert werden. Anlässlich der Begutachtung habe der Beschwerdeführer objektiv weitgehend uneingeschränkte psychokognitive Funktionen aufgewiesen. Bei einer voll erhaltenen Tagesstruktur und trotz geschilderter Verlust von langjährigen Freunden erhaltenen sozialen Interaktionen könne ihm gegenwärtig keine Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Nach längerer Arbeitsunfähigkeit sowie immer noch leicht bis mittelschwer eingeschränkter psychischer Belastbarkeit aufgrund der diagnostizierten Störungen benötige er bei der Stellensuche eine fachliche Unterstützung (S. 13 unten f.). Zur Konsistenz hielt Dr. Z. ____ fest, die erhobenen Untersuchungsbefunde stimmten mit den anamnestischen Angaben bezüglich des Aktivitätsniveaus überein. Das Ausmass der geschilderten psychischen Beschwerden

stimme nicht mit der Inanspruchnahme der therapeutischen Massnahmen überein (fehlende Psychopharmakotherapie). Die Angaben des Beschwerdeführers würden nicht erheblich von der Aktenlage abweichen. Bei der Anamneseerhebung seien keine Widersprüchlichkeiten festzustellen. Das Verhalten des Beschwerdeführers während der Testdurchführung sei konsistent gewesen und die Testergebnisse stimmten mit den objektiven Befunden überein (S. 12 Mitte). Zu den bisherigen Arztberichten, insbesondere zu den Beurteilungen durch Dr. B.____ führte Dr. Z.____ aus, dieser habe mit Bericht vom 7. Juli 2016 eine Angst und depressive Störung gemischt diagnostiziert, die aus Sicht des Referenten als sehr nachvollziehbar angenommen werden könne. Zuvor sei während des Klinik aufenthaltes eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Eine medikamentöse antidepressive Behandlung sei dabei vom Beschwerdeführer nicht gewünscht worden. Die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit zwei Wochen über den Austritt hinaus könne aufgrund der Notwendigkeit einer Therapiepräsenz im Rahmen der stationären Behandlung als plausibel angenommen werden. Bei Austritt wäre dem Beschwerdeführer allerdings theoretisch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren gewesen. Dr. B.____ habe bei einer Verschlechterung der Symptomatik eine mittelgradige depressive Episode seit Mai 2008 postuliert, wobei es sich um einen Druckfehler handeln müsse und von einer Verschlechterung seit Mai 2016 ausgegangen werden sollte. Die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausführlich begründet worden, wobei bei einer postulierten mittelgradigen depressiven Symptomatik ohne ersichtlichen Bedarf nach einer Psychopharmakotherapie dem Beschwerdeführer höchstens eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden können (S. 6 f.). Zum Gutachten von Dr. A.____ hielt Dr. Z.____ fest, die attestierte 40%ige Arbeitsunfähigkeit sei aufgrund der beschriebenen psychopathologischen Befunde und Funktionseinschränkungen absolut plausibel, nicht jedoch die angenommene rezidivierende depressive Störung. Der Beschwerdeführer habe zwar bereits 2009 erstmals unter depressiven Symptomen mit Krankheitswert gelitten. Die kurz dauernde Arbeitsunfähigkeit von Mai bis September 2009 und die dokumentierte Überlastung am Arbeitsplatz und belastende Familiensituation sowie vordergründig die Symptome einer vegetativen Übererregbarkeit und funktionellen Beschwerden sowie Panikattacken, Unruhe und Angst deuteten eher auf eine generalisierte Angststörung hin. Auch die bis Oktober 2014 uneingeschränkte Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit) und der fehlende Bedarf nach einer regelmässigen Psychopharmakotherapie schliesse den Ausbruch einer eigenständigen und selbst unterhaltenden depressiven Störung 2009 aus. Damit könne aktenmässig erst im Mai 2016 vom Ausbruch einer ersten depressiven Episode in mittelgradigem Ausmass ausgegangen werden, womit die von Dr. A.____ diagnostizierte rezidivierende depressive Störung nicht bestätigt werden könne. Auch die von Dr. B.____

postulierte posttraumatische Belastungsstörung könne ohne dokumentierte Trauma-Exposition in den letzten sechs Jahren nicht bestätigt werden. Eine posttraumatische Belastungsstörung könne studienmässig sehr selten, aber doch spätestens sechs Jahre nach einer Trauma-Exposition auftreten, was beim Beschwerdeführer nicht dokumentiert sei. Die Zukunfts- und Erwartungsängste sowie seltene, aber heftigere Panikattacken rechtfertigten die 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht (S. 7). Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit (Treuhand/Buchhaltung; vgl. S. 9 Ziff. 4.5) wie auch in anderen, dem Bildungsniveau entsprechenden Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Vom 1. Oktober 2014 bis 31. März 2015 habe eine volle, vom 1. April 2015 bis Dezember 2016 eine 50%ige und von Dezember 2016 bis etwa März/April 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %

bestanden. Seither bestehe weder eine aktenmässig noch anamnestisch ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit. Die bisherige Therapie sei in Bezug auf die Gesprächspsychotherapie fachgerecht durchgeführt worden. Es bestehe eine unausgeschöpfte medikamentöse Behandlungsmöglichkeit. Es sei zumindest eine schlaffördernde Medikation zu empfehlen, womit sowohl die Schlafstörungen als auch die morgendliche Müdigkeit behoben werden könnten (S. 15). Hinsichtlich Ressourcen führte Dr. Z. ___ aus, der Beschwerdeführer verfüge über eine sicherlich überdurchschnittliche Intelligenz, entsprechende Sprachkenntnisse und sehr gute soziale Fertigkeiten. Zudem könne von einem unterstützenden sozialen Netzwerk ausgegangen werden. Auch der Wunsch nach einem autonomen Leben sei festzustellen. Er fühle sich nur teilweise arbeitsfähig, wobei ihm objektiv keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten beruflichen Tätigkeit oder im Haushalt attestiert werden könne (S. 17).

E. 3.4

Dr. B. ___ nahm am 17.

Dezember

2019 (Urk. 9/86) zum Gutachten von Dr.

Z. ___ Stellung und führte aus, im Gegensatz zur Darstellung im Gutachten seien beim Beschwerdeführer seit Mai 2009 immer wieder depressive Schübe aufgetreten (S. 1 unten). Es habe immer wieder beschwerdefreie Phasen gegeben, weswegen von einer rezidivierenden depressiven Erkrankung auszugehen sei. Es hätten weiter mehrere Versuche einer antidepressiven Behandlung stattgefunden, von 2009 bis 2016 mit Cymbalta, der Beschwerdeführer habe diese aber aufgrund von sehr starken Nebenwirkungen und nicht ausreichender Wirkung im weiteren Verlauf verständlicherweise nicht mehr eingenommen. Da er vor der Begutachtung ein Temesta eingenommen habe, sei es schwierig, in einem 80minütigen Gespräch festzustellen, dass keine depressive Episode vorliege. Dass er den Haushalt führen könne, sei nicht mit einer Tätigkeit am Arbeitsplatz gleichzusetzen (S.

2). Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Gutachter von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Das soziale Netz bestehe weiter einzig aus dem Ehemann und sporadisch dem Schwager. Er habe seit dem Ausbruch der Krankheit 2009 mehrfach versucht, Arbeitsstellen anzunehmen, welche er aber aufgrund der depressiven Symptomatik und Überlastung nicht bewältigen könne (S.

3). Nun habe er ein anderes Antidepressivum, welches wesentlich weniger Nebenwirkungen habe und gut wirke. Eine weitere Aufdosierung und eine Fortführung der Therapie sei geplant (S. 4).

E. 3.5

Mit Bericht vom 8. Juni 2020 (Urk. 9/104) diagnostizierte Dr. B. ___ eine gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie eine kombinierte und andere Persönlichkeitsstörung (ängstlich vermeidend und abhängig; ICD-10 F61) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei für eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt seit April 2016 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff.

1.3). Unter der neuen Medikation zeige sich eine Stabilisierung des psychischen Zustandes mit einer Verbesserung der Stimmung, des Antriebs und des Energieniveaus. Der Beschwerdeführer habe seinen Radius, was Unternehmungen angehe, erweitern können. Weiter habe eine Verbesserung der Ein- und Durchschlafstörungen erzielt werden können und es träten weniger Panikattacken auf (Ziff. 2.1). Da der Beschwerdeführer jetzt stabiler geworden sei, seien erneute berufliche Massnahmen zu empfehlen. Es sei davon auszugehen, dass er unter den jetzigen Voraussetzungen in der Lage sei, an der Massnahme teilzunehmen. Ob eine Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit möglich sei, könne aufgrund der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilt werden (Ziff. 2.7). Eine angepasste Tätigkeit sei ihm 4 Stunden täglich zumutbar (Ziff. 4.2). Aufgrund der ängstlich-vermeidenden und abhängigen Persönlichkeitsstruktur seien ein wohlwollendes Arbeitsklima und Team sehr wichtig, ansonsten die Gefahr bestehe, dass er unter Druck gerate und mit Angst bis hin zu Panikattacken reagiere (Ziff. 4.4).

E. 4.1

Das Gutachten von Dr. Z.____ wurde unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung inklusive Testung erstattet und enthält eine ausführliche und objektive Beurteilung der medizinischen Situation. Es vermag somit grundsätzlich den Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise zu genügen (vgl. vorstehend E. 1.6).

Wie nachfolgend zu zeigen ist, ist es auch inhaltlich nachvollziehbar und schlüssig.

E. 4.2

Dr. Z.____ stellte die Diagnosen einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) und einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) und hielt fest, dass anlässlich der Begutachtung objektiv keine Störung der mnestischen Funktionen, keine Antriebsstörung und keine Verminderung der Psychomotorik feststellbar gewesen seien, jedoch eine leicht bedrückte Grundstimmung, eine leichte innere Anspannung und eine allgemeine Ängstlichkeit bei erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit und bei einem erhaltenen Elan vitae. Daraus schloss er, ergänzt durch die anamnestischen Angaben über leichte Ein- und Durchschlafstörungen, auf eine vollständig erhaltene Tagesstruktur und eine uneingeschränkte Fähigkeit zur Haushaltsführung, auf eine nicht mehr ausgewiesene depressive Symptomatik im Ausmass einer depressiven Episode, was zu überzeugen vermag. Sodann nahm Dr. Z.____ substantiiert Stellung zur Frage einer Persönlichkeitsstörung und einer posttraumatischen Belastungsstörung, wobei er die vom Beschwerdeführer berichteten belastenden Erlebnisse in der Kindheit würdigte und - insbesondere angesichts der unauffälligen Erwerbsbiographie und der sozialen Fähigkeiten im Erwachsenenalter - nachvollziehbar darlegte, weshalb beide Diagnosen zu verneinen seien. Dass ab 2009 psychische Probleme auftraten, wurde von Dr. Z.____

bestätigt, er beurteilte diese jedoch nicht als nachhaltig die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigend. Welcher Art diese waren und welche Auswirkungen diese zeitigten, ist vorliegend aufgrund der erst im November 2015 erfolgten Anmeldung bei der Invalidenversicherung ohnehin von untergeordneter Bedeutung. Ein Blick in den Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers (Urk. 9/79)

stützt jedoch

die Einschätzung von Dr. Z.____, wonach die Arbeitsfähigkeit bis Oktober 2014 nicht nachhaltig im Sinne einer langandauernden substantiellen Arbeitsunfähigkeit beeinträchtigt war. Dass der Beschwerdeführer in diesem Zeitraum bereits seit längerer Zeit in psychiatrischer Behandlung war, lässt für sich allein nicht auf eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit schliessen. Denn selbst eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist nicht ohne Weiteres mit Invalidität gleichzusetzen; entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. vorstehend E. 1.5).

E. 4.3

Dr. Z.____ ging aufgrund der ab Mai 2016 zu bestätigenden mittelgradigen depressiven Episode - welche auch Dr. A.____ diagnostizierte (vgl. Urk. 9/49/17) - von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in jeder Tätigkeit aus und begründete dies nebst der dokumentierten Symptomatik mit dem fehlenden Bedarf nach einer regelmässigen Psychopharmakotherapie. Wenngleich nicht in Abrede gestellt wird, dass gemäss Dr. B.____

starke Nebenwirkungen und fehlende Wirksamkeit einen Grund für den Verzicht auf eine Medikation darstellten, ist nicht nachvollziehbar, weshalb keine anderen medikamentösen Therapien aufgenommen wurden. So hätten gemäss Dr. Z.____ zumindest eine schlaffördernde Therapie versucht werden können, um die Müdigkeit und die Schlafstörungen des Beschwerdeführers zu bessern. Aus dem Umstand, dass Dr. B.____ nach eigenen Angaben während sieben Jahren, 2009 bis 2016, Therapieversuche mit lediglich einem anti depressiven Präparat vornahm (vgl. vorstehend E. 3.4), ist auf eine nicht sehr gravierende Symptomatik zu schliessen. Den Akten lässt sich auch entnehmen, dass der Verzicht auf entsprechende Medikamente vor allem auf dem Wunsch des Beschwerdeführers gründete (vgl. Urk. 9/36/2 Ziff. 1.5; Urk. 9/42/2 Ziff. 1.5; Urk.

9/49/8). Entgegen Dr. B.____ (vgl. Urk. 9/56/2) wurden zudem nach Lage der Akten nicht «mehrere», sondern lediglich von Hausarzt Dr. C.____ eines, nämlich Escitalopram (vgl. Urk. 9/43/6-7), verschrieben und nicht vertragen. Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar (vgl. nachfolgend E.

E. 4.4

Dr. Z.____ legte dar, dass spätestens ab Anfang Mai 2017 objektiv aufgrund der geschilderten Tagesaktivität und dem fehlenden Bedarf nach einer regelmässigen Psychopharmakotherapie eine Besserung eingetreten sei und dem Beschwerdeführer nur vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Panikattacken zu attestieren seien. Zusammenfassend habe von Oktober 2014 bis März 2015 eine volle, von April 2015 bis Dezember 2016 eine 50%ige und von Dezember 2016 bis etwa März/April 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestanden. Seither bestehe weder eine aktenmässige noch eine anamnestic ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 3.3).

E. 4.5

Demgegenüber vermag die Beurteilung durch Dr. B.____ nicht genügend zu überzeugen. Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb der Beschwerdeführer bei Zukunfts- und Erwartungsängsten und seltenen, wenn auch heftigen Panikattacken lediglich zu zwei bis vier Stunden täglich in der angestammten Tätigkeit, und in einer behinderungsangepassten

Tätigkeit, wo an sich eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten wäre, nur zwei Stunden täglich arbeitsfähig sei (vgl. vorstehend E. 3.2), fehlt, ebenso für eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit April 2016 bis auf weiteres (vgl. vorstehend E. 3.5). Zu berücksichtigen ist, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Zudem fehlt es den Berichten und Stellungnahmen von Dr. B.____ an den für die Beurteilung der Auswirkungen von psychischen Gesundheitsschäden beachtlichen Standardindikatoren (dazu nachfolgend).

E. 4.6

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7.

März 2018 E.

4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweislustige versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 4.

E. 4.8

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

5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde 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).

Ärztlicherseits ist also substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (BGE 143 V 418 E. 6). Der psychiatrische Sachverständige hat somit darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Mitbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird, wenn sich daraus ein stimmiges Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich relevanten psychischen Funktionseinbusse ergibt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 und E. 4.4), die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des

Rechtsanwenders Bestand haben.

E. 4.9

Die Beurteilung durch Dr. Z. ___ vermag diesen Anforderungen zu entsprechen. Sie umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E.

3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. 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), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Festzuhalten ist insbesondere, dass Dr. Z. ___ die Erlebnisse in der Kindheit und Adoleszenz in keiner Weise in Frage stellte. Bezüglich des Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung ist jedoch einzig die objektiv zu beurteilende Frage nach der Arbeitsfähigkeit massgeblich (vgl. vorstehend E. 1.5). 5. 5.1

Zusammenfassend bestand gestützt auf das Gutachten von Dr. Z. ___ von Oktober 2014 bis März 2015 eine volle, von April 2015 bis Dezember 2016 eine 50%ige und von Dezember 2016 bis etwa März/April 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % , jeweils in der angestammten oder jeder anderen dem Bildungsniveau entsprechenden Tätigkeit . Seither besteht weder eine aktenmässige noch eine anamnestisch ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit .

Der Rentenanspruch entsteht frühestens 6 Monate nach der Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG), vorliegend somit ab Mai 2016. Der Beurteilung durch Dr. Z. ___ folgend sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine von 1. Mai 2016 bis 28. Februar 2017 befristete halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von 40 % eine von 1. März 2017 bis 31. Juli 2017 befristete Viertelsrente zu. Dies ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Im Übrigen steht der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» der rückwirkenden Ausrichtung einer befristeten Rente nicht entgegen. 5.2

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

- 1.

2. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

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

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

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

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

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

E. 7

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).

Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar. Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar

2018 E. 5.1).

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