

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00430 vom 2. März 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00430](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00430)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00430 du 2 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00430 del 2 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1966, war zuletzt vom 15. Februar 2016 bis

#### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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. 1.4**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

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 an Hand 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).

### **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**

2. Oktober 2021 (Urk. 14) führte der Beschwerdeführer insbesondere aus, dass eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2), früher schwere, aktuell mittelgradige Ausprägung, vorliege. Des Weiteren bestünden deutliche Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung nach beziehungsweise bei schwerer psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.1, ICD-11 KPTBS (komplexe posttraumatische Belastungsstörung), gültig ab Januar 2022). Aufgrund der allgemeinen Auffassungs-, Aufmerksamkeits-, Denk- und Handlungsstörungen, die wie eine depressive Pseudodemenz anmuten würden, sei er zu 100 % arbeitsunfähig (S. 9; vgl. nachfolgend E. 3.12).

### **E. 2.1**

). Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, es handle sich um eine durch psychosoziale Faktoren ausgelöste, im weiteren Verlauf indes selbstständige psychische Störung und er sei aufgrund der allgemeinen Auffassungs-, Aufmerksamkeits-, Denk- und Handlungsstörungen zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. vorstehend E. 2.2 und E. 3.12). 4.2

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits-

und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C\_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditäts begründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1). 4.3

Das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und lic. phil. D.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.10) erging unter Beachtung sämtlicher Kriterien zum Beweiswert

einer ärztlichen Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6), weshalb darauf abgestellt werden kann. Dr. C.\_\_\_\_ gelangte gestützt auf eine umfassende Anamnese und objektive Befunderhebung im Rahmen seiner psychiatrischen Begutachtung (vgl. vorstehend 3.10.3) zum begründeten Schluss, dass vorliegend keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden kann. Der Gutachter setzte sich eingehend mit den in den Vorakten erwähnten Diagnosen auseinander und legte nachvollziehbar dar, dass - entgegen den aktuellen Berichten der behandelnden Fachpersonen - die Voraussetzungen zur Annahme einer depressiven Erkrankung aktuell nicht erfüllt sind. So war die Grundstimmung des Beschwerdeführers anlässlich der psychiatrischen Begutachtung durchweg euthym und es konnten keine Einschränkungen in der affektiven Modulationsfähigkeit festgestellt werden (Urk. 11/108/1-50 S. 34 Mitte, S. 37-38),

was mit dem im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung erhobenen Psychostatus übereinstimmt. Auch lic. phil. D.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer mehr als drei Monate nach der psychiatrischen Begutachtung neuropsychologisch untersuchte (vgl. vorstehend E. 3.10.2), beobachtete eine gute affektive Schwingungsfähigkeit sowie eine euthyme Stimmung und erkannte keine Einschränkungen im Antrieb, Interesse und Freudempfinden. Er beschrieb den Beschwerdeführer in seiner Affektivität als gut gelaunt, offen, freundlich und heiter (vgl. Urk. 11/108/51-67 S. 5 f. Ziff. 11). Die gutachterliche Einschätzung deckt sich im Übrigen mit den glaubwürdigen Angaben des Beschwerdeführers, welcher seine allgemeine Situation zwar als belastend, sich selber jedoch nicht als deprimiert oder depressiv bezeichnete (vgl. Urk. 11/108/1-50 S. 22 Ziff. 3.2.1, S. 34 Mitte).

Des Weiteren begründete Dr. C.\_\_\_\_ schlüssig, dass die Diagnose einer sonstigen organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07.8; vgl. vorstehend E.

3.3-3.4, E. 3.8) nicht gefolgt werden kann, da vorliegend weder eindeutige Hinweise auf eine zerebrale Krankheit oder eine Hirnverletzung noch auf eine andere Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt, bestehen. 4.4

Auch in neuropsychologischer Hinsicht (vgl. vorstehend E. 3.10.2) konnten aktuell keine Einschränkungen festgestellt werden. In der Intelligenztestung zeigte sich ein alterskonformes und ausgeglichenes Leistungsniveau bei einem Gesamt-IQ von 105. Insbesondere in den Bereichen Aufmerksamkeit/Konzentration und Lernen/Gedächtnis erzielte der Beschwerdeführer durchweg durchschnittliche beziehungsweise altersentsprechende Testresultate (vgl. Urk. 11/108/51-67 S. 8 oben) und auch auf neuropsychologischer Informationsverarbeitungsebene zeigten sich im Gegensatz zur Abklärung vom 24. April 2019 (vgl. vorstehend E.

## **E. 2.2**

Demgegenüber wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), es sei nicht korrekt, dass sich sein Gesundheitszustand nach Lösung der psychosozialen Belastung deutlich verbessert habe. Er sei nach wie vor zu 100% arbeitsunfähig (S. 1). Seine anhaltende und extreme Vergesslichkeit (dissoziative Störung aufgrund der Depression) führe nicht nur dazu, dass er zu Hause in der Küche gefährliche Situationen herbeiführe, sondern auch nicht mehr in der Lage sei, die komplexe Arbeit als Informatiker auszuführen beziehungsweise eine Anstellung zu erhalten (S. 1 f.). Aus diesem Grund habe er seine Stelle verloren und seither habe sich an seinem Gesundheitszustand nichts verbessert. Es sei deshalb ein Differenzbereinigungsverfahren zu fordern für den vorliegenden Fall, in welchem zwei derart unterschiedliche Beurteilungen aufeinandertreffen. Weshalb der Regionale Ärztliche Dienst davon ausgehe, dass er nun plötzlich vollumfänglich arbeitsfähig sei, könne er nicht nachvollziehen. Oft werde der Verweis auf psychosoziale Faktoren als Beleg angeführt, ohne zu berücksichtigen, dass sich psychische Störungen, welche durch psychosoziale Faktoren ausgelöst worden seien, im weiteren Verlauf verselbständigen und zu einer Arbeitsunfähigkeit führen könnten, was vorliegend zweifellos der Fall sei (S. 2). Mit Replik vom

## **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat und ob hierfür der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist.

## **E. 3**

1. August 2018 stattgefunden habe (Ziff. 1), und sie stellten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsunfähigkeit (Ziff.

### **E. 3.1**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. A.\_\_\_\_, Psychotherapeut, führten im Bericht vom 27. Oktober 2018 zuhanden der Krankentaggeldversicherung (Urk. 11/30/31-35) aus, dass die Erstbehandlung des Patienten am

### **E. 3.2**

) eine schwergradige depressive Episode diagnostiziert. Eine schwergradige depressive Episode werde seither in allen Berichten von Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostiziert, falls überhaupt zur Diagnose Stellung genommen werde. Allerdings werde diese Diagnose im Verlauf zunehmend weniger plausibel und sie sei auch formal nicht so lange möglich. Eine depressive Episode sei per Definition zeitlich limitiert. Falls die depressive Verstimmung länger anhalten sollte, müsste von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen

werden. In den Berichten von Dr. Z.\_\_\_\_

würden indes zunehmen d psychosoziale Belastungsfaktoren in den Vordergrund gerückt (S . 38 ). Es werde ein klarer Zusammenhang zwischen den psychosozialen Belastungsfaktoren (und nicht einer psychiatrischen Symptomatik) und der Arbeitsunfähigkeit hergestellt. So werde insbesondere im Bericht vom 19. August 2020 (vgl. vorstehend E. 3.8 ) nicht etwa mit einer gravierenden Psychopathologie argumentiert, sondern mit gravierenden psychosozialen Belastungsfaktoren (S .

39 ). Es sei plausibel, dass zu Beginn tatsächlich eine relevante depressive Episode bestanden habe. Diesbezüglich sei die Behandlung erfolgreich gewesen. Aktuell seien die Kriterien einer depressiven Episode jedoch nicht erfüllt. Aufgrund der unklaren Aktenlage könne jedoch nicht genau gesagt werden, seit wann dies nun genau der Fall sei. Seit längerer Zeit stünden aber psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund (S. 42 f. Ziff. 7.2.1). Die behandelnden Fachpersonen hätten nach der neuropsychologischen Abklärung immer mit gravierenden neuropsychologischen Einschränkungen argumentiert, diese bestünden aktuell so aber sicherlich nicht. Im Rahmen der aktuellen neuropsychologischen Abklärung sei das Leistungsniveau des Exploranden unauffällig gewesen (S. 43 Ziff. 7.3.3). Es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. In der neuropsychologischen Abklärung habe der Explorand durchwegs gute Resultate erzielt, weshalb auch aus neuropsychologischer Sicht die Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt sei (S. 44 Ziff. 7.4.1). Es sei somit plausibel, dass am 18. März 2019 tatsächlich noch eine relevante depressive Episode bestanden habe, eine solche werde im Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. März 2019 eindeutig beschrieben. In der Folge werde der Verlauf aber zunehmend weniger plausibel . In den Akten werde zunehmend mit psychosozialen Belastungsfaktoren argumentiert, sodass man nur sagen könne, dass eine über längere Zeit anhaltende relevante Einschränkung überwiegend wahrscheinlich nicht begründet sei (S. 46 Ziff. 8.3.1).

### **E. 3.3**

), welche im Übrigen ohne eine Symptomvalidierungsverfahren erfolgte (vgl. Urk. 11/108/51-67 S. 9 Ziff. 14.1.2) und keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit enthält , keine relevanten Minderleistungen. Das in einzelnen Bereichen etwas langsame Arbeitstempo wurde vor dem Hintergrund der guten Leistungsqualität sodann nachvollziehbar nicht als neuropsychologisches Defizit, sondern als angepasstes und überlegtes Arbeitsverhalten interpretiert. Anlässlich der neuropsychologischen Abklärung gab der Beschwerdeführer ferner zu Protokoll , dass sich die Gesamtsituation mittlerweile etwas entspannt habe und er die damals verordneten Medikamente nicht mehr einnehme ( Urk. 11/108/51-67 S. 9 Ziff. 14.1.2). Auch im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_

vom November 2020 ergaben sich keine Hinweise auf Auffassungs- und Aufmerksamkeitsstörungen. Der Beschwerdeführer

war für die gesamte Dauer der Exploration in der Lage, die Aufmerksamkeit und Konzentration durchgehend aufrechtzuerhalten und die Auffassung war ungestört (vgl. Urk. 11/108/1-50 S. 33 Ziff. 4.3). Gestützt auf das umfassende und schlüssige psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten

ist aktuell somit weder in psychiatrischer noch in neuropsychologischer Hinsicht ein Gesundheitsschaden ausgewiesen. 4.5

Des Weiteren legte Dr. C.\_\_\_\_ nach einer eingehenden und umfassenden Auseinandersetzung mit den medizinischen Akten nachvollziehbar dar, dass sich die von den behandelnden Fachpersonen durchgehend attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund einer mittel- respektive schwergradigen depressiven Episode - zumindest im Verlauf - als nicht plausibel erweist.

Die durch Dr. G.\_\_\_\_ erhobenen Befunde deuten insgesamt darauf hin, dass zu Beginn - insbesondere im Zeitpunkt ihrer Untersuchung vom 8. März 2019 (vorstehend E. 3.2) - eine möglicherweise relevante depressive Episode mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hatte. So hielt sie in ihrem Bericht insbesondere fest, dass die Konzentration und Aufmerksamkeit des Beschwerdeführers anlässlich der Untersuchung deutlich reduziert gewesen sei und eine zumindest leichte Auffassungsstörung bestanden habe. In der Affektivität beschrieb sie ihn als ratlos, hoffnungslos, ängstlich, depressiv verstimmt und affektarm, wobei die Auslenkung zum positiven Pol nur themenbezogen gelungen sei. Seine Mimik sei spärlich gewesen und die Gestik habe sich durch ständiges Kneten der Hände ausgezeichnet. Der Rapport sei ungeordnet und konfus gewesen, mit ständigen Themensprüngen. Des Weiteren hätten Hinweise auf Schuldgefühle und Insuffizienzerleben bestanden, das Selbstwertgefühl des Beschwerdeführers sei deutlich reduziert gewesen und es habe eine Störung der Vitalgefühle vor gelegen. Insbesondere gestützt auf diese Befunde erachtete Dr. G.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit vom 8. März bis 14. April 2019 als zu 100 % arbeitsunfähig, vom 15. April bis 14. Mai 2019 als zu 50 % arbeitsunfähig und ab 15. Mai 2019 wieder um als zu 100 % arbeitsfähig (vgl. vorstehend E. 3.2). 4.6

Nicht plausibel ist indes, dass die depressive Episode - wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht - seither unverändert anhält. Der Gutachter legte diesbezüglich schlüssig dar, dass in den Berichten von Dr. Z.\_\_\_\_ und lic. phil. A.\_\_\_\_

zunehmend psychosoziale Belastungsfaktoren in den Vordergrund gerückt wurden. So führten sie im Bericht vom 28. Mai 2019 (vorstehend E. 3.4) aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere mit Unterstützung durch sozial psychiatrische Interventionen (Familieneinbezug, Hilfe bei der Scheidung) gesteigert werden könne. Als Faktoren, welche die Krankheit aufrechterhalten würden, nannten sie die sehr schwierige persönliche Situation des Beschwerdeführers: Seine Ehefrau sei sehr aggressiv und beisse ihn ins Gesicht und auch in der Herkunftsfamilie in K.\_\_\_\_ bestünden Schwierigkeiten. Bevor diesbezüglich Veränderungen stattgefunden hätten, sei kaum eine Verbesserung zu erwarten. Auch anlässlich des Gesprächs mit der Eingliederungsberaterin vom Mai 2019 gab Dr. phil. A.\_\_\_\_ zu Protokoll, dass der Beschwerdeführer mit privaten Themen

(Scheidung) sowie der gesamten Familiensituation überfordert und beschäftigt sei und vorläufig weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben werde ( Urk. 11/50 S. 5-6) . Mit am 13. September 2019 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Schreiben (vorstehend E. 3.6 ) hielten Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_

fest, dass es zunächst darum gehe, dass der Beschwerdeführer nach Abwesenheit seiner Ehefrau allmählich zur Ruhe komme. Mit Begleitschreiben zum Verlaufsbericht vom 3. Januar 2020 (vgl. vorstehend E. 3.6 ) erachteten sie die Arbeitsfähigkeit respektive den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers eher als verschlechtert , wobei ihrer Meinung nach die Begründung hierfür nur im Zusammenhang mit den schwer belastenden psychosozialen Ereignissen verstanden werden könne. Des Weiteren führten sie aus, dass eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit mit der Auflösung der psychosozialen Faktoren zusammenhänge. Mit Verlaufsbericht vom 19. August 2020 (vorstehend E. 3.8 ) hielten Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ sodann fest, dass die psychosozialen Schwierigkeiten die Störungen aufrechterhalten würden und diese nicht durch Psychotherapie allein e , sondern durch eine Änderung der Gesamtsituation behebbar seien. 4.7

Zwar können schwierige Lebensumstände, wie sie im Fall des Beschwerdeführers zweifellos vorliegen, geeignet sein, ein depressives Zustandsbild zu bewirken und zu unterhalten. Soweit die psychische Störung wieder verschwindet, wenn die Belastungsfaktoren wegfallen, fehlt es indes an einem verselbständigten Gesundheitsschaden (z.B. Urteil des Bundesgerichts 9C\_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 2.3. 3. mit Hinweisen ; vgl. vorstehend E. 4.2 ). Aus den genannten Berichten

ergibt sich , dass die behandelnden Fachpersonen die von ihnen genannten Diagnosen sowie die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in direkten Zusammenhang mit der psychosozialen Belastungssituation

setzten (vgl. vorstehend E. 4.6 ). Die insbesondere aufgrund einer schwergradigen depressiven Episode attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit wurde im Wesentlichen anhand der diversen psychosozialen Belastungsfaktoren hergeleitet und

beruht e

nicht auf für die Diagnostik einer depressiven Störung erforderlichen, fachärztlich schlüssig festgestellten , psychopathologischen Befunden .

Zur Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens fehlt es

dennach an einem medizinischen Substrat, das die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nachgewiesenermassen zu beeinträchtigen vermag (vgl. vorstehend E. 1.3, E. 4.2 ).

Eine verselbständigte psychiatrische Störung mit wesentlichem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist gestützt auf die Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.6 ) somit nicht ausgewiesen.

Soweit die behandelnden – und im vorliegenden Beschwerdeverfahren im Übrigen zugleich vertretenden - Fachpersonen mit Bezug auf die psychosoziale Belastung dennoch eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierten, ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen bezie

hungsweise Therapiekräfte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Somit ist nicht zu beanstanden, dass der Gutachter gestützt auf die Berichte der behandelnden Fachpersonen

eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht als nicht ausgewiesen erachtete, zumal auch im Zeitpunkt der psychiatrischen respektive neuropsychologischen Begutachtung keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer depressiven Störung vorhanden waren (vgl. vorstehend E. 4.3).

Damit ist auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im Oktober 2019 - dem Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns unter Berücksichtigung der 6-monatigen Karenzfrist nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) - kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden im rechtlichen Sinn respektive keine rentenbegründende Invalidität vorlag.

4.8

Die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Beurteilung durch Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.12) vermag

das schlüssige psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen.

Entgegen der Ansicht der behandelnden Fachpersonen erfüllen die durch Dr. C.\_\_\_\_ im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung erhobenen psychopathologischen Befunde die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer depressiven Störung (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., Bern 2015, S. 169 ff.) vorliegend nicht, was vom Gutachter schlüssig und ausführlich dargelegt wurde (vgl. vorstehend E. 4.3). So war weder anlässlich der psychiatrischen Begutachtung noch anlässlich der

mehr als drei Monate später durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung eine depressive Verstimmung beobachtbar, was ein temporäres Zwischenhoch auszuschliessen vermag.

Aus den Akten ergeben sich sodann

keine

Hinweise auf ein dissimulierendes Verhalten des Beschwerdeführers, zumal anlässlich der Untersuchung durch Dr. G.\_\_\_\_ vom 8. März 2019 (vgl. vorstehend E. 3.2 und 4.5) durchaus

Befunde erhoben werden konnten, welche im Rahmen einer depressiven Episode interpretierbar waren. Des Weiteren vermochten die behandelnden Fachpersonen nicht nachvollziehbar darzulegen, weshalb, trotz der geltend gemachten schwerwiegenden pathologischen Störungen des Beschwerdeführers, welche sogar in die Nähe von psychotischem Erleben angesetzt wurden (vgl. Urk.

### **E. 3.4**

) und vom 3. Januar 2020 (Urk. 11/62/1 Ziff. 1.2; vgl. vorstehend E. 3.6). Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit (Ziff. 2.1-2.2). Der Patient habe - seiner Auffassung nach aufgrund der Medikamente - merkwürdige und beängstigende Gedanken gehabt, z.B. sich unter ein Tram

zu stürzen. Aus diesem Grund habe er die Medikamente absetzen wollen, was der behandelnde Psychiater dann auch erlaubt habe. Deshalb sei er zurzeit ohne Medikation ( Ziff. 3.2). Die Prognose sei zurzeit unsicher ( Ziff. 3.3). Der Patient sei in einer sehr schwierigen persönlichen Situation. Diese Probleme würden die Störungen aufrechterhalten und seien durch Psychotherapie allein nicht behebbar, sondern durch eine Änderung der Gesamtsituation ( Ziff. 4.4). 3.

### **E. 3.5**

Dipl. med. J. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 17. Juli 2019 Stellung zum medizinischen Sachverhalt ( Urk. 11/109 S. 3-5), und hielt fest, dass das Gutachten von Dr. G. \_\_\_\_, vom März 2019 (vgl. vorstehend E. 3.2 ) die formalen Qualitätskriterien für psychiatrische Gutachten nicht erfülle. Es sei in seinen medizinischen Schlussfolgerungen lediglich teilweise nachvollziehbar und die prognostischen Aussagen seien in Bezug auf eine schwere Depression wenig plausibel. Er nannte die folgende Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4): - schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) wegen ausgeprägten psychosozialen Belastungen - mit neuropsychologisch nachgewiesenen leichten bis mittelschweren kognitiven Leistungseinbußen - nach Telefonat mit Dr. Z. \_\_\_\_, vom 17. Juli 2019 aktuell nur noch mittelgradig (ICD-10 F32.1) In Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Personalvermittler bestünden leichte bis mittelschwere Leistungseinschränkungen in der Aufmerksamkeit und in Funktionen der Handlungsplanung, formale Denkstörungen, eine ausgeprägte Wortfindungsstörung und ausgeprägte Antriebsminderung sowie eine insgesamt deutlich reduzierte Durchhaltefähigkeit. Derzeit sei dem Versicherten keine Erwerbstätigkeit zumutbar. Seit 18. November 2018 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Personalberater. Gemäss Telefonat mit Dr. Z. \_\_\_\_, könnten Integrationsmassnahmen gestartet werden, da eine Belastbarkeit für zwei Stunden pro Tag gegeben sei. Bei Weiterführung der bisherigen Behandlungen und Einhaltung der Cannabis-Abstinenz sei eine Verbesserung möglich .

Diesbezüglich sei eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen, zudem erscheine der Einstieg parallel mit Integrationsmassnahmen bei drohender Invalidität möglich (S. 4). Der Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode infolge zu hoher psychosozialer Belastungen innerhalb des familiären Umfelds, welche er mit seinem bisherigen Verhaltensmuster nicht mehr bewältigen könne . Dem lägen möglicherweise strukturelle Defizite in der Persönlichkeitsentwicklung in Folge des früheren sexuellen Missbrauchs zugrunde. Der Gesundheitszustand habe sich verbessert, es sei dennoch in Anbetracht der zu Beginn schwer depressiven Symptomatik mit deutlichen kognitiven Einschränkungen von einer drohenden Invalidität auszugehen (S. 4 f.) .

### **E. 3.6**

Mit am 13. September 2019 bei der IV-Stelle eingegangenem Schreiben ( Urk. 11/51) führten Dr. Z. \_\_\_\_, und Dr. phil. A. \_\_\_\_, aus, dass zurzeit Vieles im Gange sei, was die Psychotherapie massiv behindere. Zurzeit könnten nur «Feuerweh Übungen» durchgeführt werden. Die aktuellen Sitzungen bestünden vor allem in sozialpsychiatrischer Unterstützung, um das Gleichgewicht des Patienten einigermaßen aufrecht erhalten zu können. Zunächst gehe es darum, dass der Patient nach Abwesenheit der Ehefrau allmählich zur Ruhe komme. Dies dürfe einige Zeit in Anspruch nehmen, sei er doch durch die

Persönlichkeitsveränderung seiner Ehefrau deutlich traumatisiert. Erst später könnten antidepressive Therapie massnahmen zur Wirkung kommen. Die späteren Ziele seien klar abgeprochen. Es solle ein phasenweiser allmählich steigender Wiedereinstieg erfolgen, zunächst trainingsmässig, bis ein Zustand erreicht werde, welcher ihm wieder eine volle Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt ermögliche. Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ hielten im Begleitschreiben zum Verlaufsbericht vom 3. Januar 2020 (Urk. 11/62/4) fest, dass nach Durchführung der im Rahmen der Schadenminderungspflicht auferlegten Massnahmen keine Verbesserung, sondern eher eine Verschlechterung eingetreten sei. Diese könne nur im Zusammenhang mit den schwer belastenden psychosozialen Ereignissen verstanden werden. Die Familie des Patienten stehe unter einer akuten, schweren Krise. Seine Ehefrau habe ein richterliches Verbot erhalten, die Wohnung zu betreten und verweigere die Scheidung. Seine Tochter habe ihre Arbeitsstelle verloren und der Sohn sei anhaltend in polizeiliche Untersuchungen verwickelt. Die Aussicht auf einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt sei zurzeit undenkbar. Der Patient müsse mit seinem Sohn und seiner Tochter eine Wohnung finden. Er sei verzweifelt und sehe nicht, wie eine Lösung der Probleme aussehen könnte. Die aktuelle Situation sei völlig unübersichtlich und der Patient sei schwerst belastet. Da eine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit mit der Auflösung der oben beschriebenen Probleme zusammenhänge, wirke die Psychotherapie zurzeit bloss unterstützend. In der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit sei der Patient weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/62/1 Ziff. 2.1-2.2).

### **E. 3.7**

RAD-Arzt

dipl. med. J.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2020 (Urk. 11/109 S. 7) aus, die hohen psychosozialen Belastungen bestünden weiterhin, sodass sich der Gesundheitszustand des Versicherten nicht verändert habe. Es sei weiterhin von einem instabilen Gesundheitsschaden auszugehen. In sechs Monaten sei ein Verlaufsbericht einzuholen.

### **E. 3.8**

Im Verlaufsbericht vom 19. August 2020 (Urk. 11/82/3-5) nannten Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_ dieselben Diagnosen wie im Bericht vom Mai 2019 (vorstehend E.

### **E. 3.10**

.3

Dr. C.\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 11. März 2021 (Urk. 11/108/1-50) aus, dass sich im Rahmen der Untersuchung keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und Bewusstseinshelligkeit gezeigt hätten. Die Aufmerksamkeit sowie Konzentration hätten für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten werden können und die Auffassung sei ungestört gewesen. Das Langzeitgedächtnis habe beeinträchtigt gewirkt, der Explorand habe sich an viele Daten nicht mehr genau erinnern können. Es hätten sich nur leichte Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Teilweise habe der Explorand leise und undeutlich gesprochen, manchmal habe er auch längere Pausen gemacht. Die persönliche Geschichte habe er gut nachvollziehbar zum Ausdruck gebracht. Der formale Gedankengang sei teilweise etwas sprunghaft gewesen. Die Grundstimmung sei euthym und die affektive Modulationsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Zu beiden Polen hin habe eine gute Auslenkbarkeit bestanden. Der Explorand habe

Insuffizienzgefühle beschrieben. Ansonsten seien keine Störungen der Affektivität beklagt oder festgestellt worden. Der Explorand

fühle sich nicht deprimiert oder depressiv, die Situation würde ihn aber belasten. Ab und zu habe er Mühe mit dem Antrieb, normalerweise aber nicht (S. 33 f.).

Ziff. 4.3). Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer organischen, einschliesslich einer symptomatischen psychischen Störung, einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie, einer schizotypen oder wahnhaften Störung gefunden (S. 36 Ziff. 6.1). Die Fachpersonen der Klinik I.\_\_\_\_ hätten unspezifische Minderleistungen in attentionalen und exekutiven Bereichen bei Verdacht auf eine affektive Störung diagnostiziert und diese als sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10 F07.8) kodiert. Unklar bleibe insbesondere, weshalb man sich für eine Diagnose aus dem Kapitel F0 (organische Störungen) entschieden habe, da keine eindeutigen Hinweise auf eine zerebrale Krankheit, eine Hirnverletzung oder eine andere Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führe, bestünden. Offensichtlich werde ein Zusammenhang zwischen den neuropsychologischen Auffälligkeiten und einer affektiven Störung hergestellt, was ein denkbarer Zusammenhang sei, allerdings sei eine affektive Störung keine organische Störung im Sinne des ICD-10 (S. 37). Zum Zeitpunkt der aktuellen psychiatrischen Untersuchung am 19. November 2020 sei die Grundstimmung des Exploranden

euthym und die affektive Modulationsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Es habe zu beiden Polen hin eine gute Auslenkbarkeit bestanden. In dieser Situation komme die Diagnose einer depressiven Episode nach ICD-10 nicht in Frage (S. 37). Auch lic. phil.

D.\_\_\_\_ habe anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung eine euthyme Stimmung sowie eine gute affektive Schwingungsfähigkeit beschrieben. Der Explorand selber habe ebenfalls festgehalten, dass ihn seine Probleme zwar belasten würden, er aber nicht depressiv sei (S. 37 f.). Eine mittelgradige bis schwere depressive Episode sei bereits im ersten Arztbericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2018 (vgl. vorstehend E. 3.1) diagnostiziert worden. Im Status werde zur Affektivität allerding wenig ausgesagt, es werde vor allem auf kognitive Schwierigkeiten hingewiesen. Auch Dr. G.\_\_\_\_ habe im Bericht vom 18. März 2019 (vgl. vorstehend E.

### **E. 3.11**

RAD-Arzt dipl. med. J.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 22. März 2021 (Urk. 11/109 S. 8-9) aus, dass das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ und lic. phil.

D.\_\_\_\_ die formalen Qualitätskriterien erfülle und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel und nachvollziehbar sei. Bei Status nach einer möglichen schweren depressiven Episode von August 2018 bis zirka März 2019 sei aktuell keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (S. 8). Der Gesundheitszustand habe sich nach der Trennung von seiner Ehefrau gebessert. Der Versicherte habe an einer möglichen schweren depressiven Episode infolge von zu hohen psychosozialen Belastungen innerhalb des familiären Umfeldes, welche er mit seinem bisherigen Verhaltensmuster nicht mehr bewältigen könne, gelitten. Nach Lösung der psychosozialen Belastungen habe sich sein Gesundheitsschaden deutlich verbessert. In der bisherigen

Tätigkeit als Personalvermittler habe somit keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 9).

### **E. 3.12**

Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. phil. A.\_\_\_\_, welche den Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren vertreten (vgl. Urk. 6), nahmen im Rahmen der Replik vom 22. Oktober 2021 (Urk. 14) ausführlich Stellung zum angefochtenen Entscheid (Urk. 2). Sie führten aus, dass Dr. C.\_\_\_\_ keine psychische Störung diagnostiziert habe, obwohl er die dazu entsprechenden Befunde erhoben habe. Der Patient habe sich in der Gutachtenssituation jedoch gerade in einem Zwischenhoch befunden, zudem dissimuliere er häufig und stuft sich nicht als krank oder belastet ein. Der Gutachter habe bei der Diagnosestellung die zuvor durch ihn erhobenen psychopathologischen Befunde (Denkstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Sprachstörungen, Selbstwertstörungen, soziale Isolation), welche die Ursache der Arbeitsunfähigkeit und des Stellenverlusts gewesen seien, nicht gewürdigt (S. 3 f. Ziff. 2). Die von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Funktionsstörungen seien beim Patienten auch heute jederzeit beobachtbar (S. 4 Ziff. 3). Der Patient sei diversen schwierigen Situationen hilflos ausgeliefert gewesen (vgl. S. 4-6 Ziff. 3), welche für ihn derart belastend gewesen seien, dass er allmählich begonnen habe, mit verschiedenen psychopathologischen Störungen zu reagieren. Dies habe zum Fehlverhalten am Arbeitsplatz geführt, was letztlich die Kündigung zur Folge gehabt habe. Die Belastung habe immer mehr zugenommen und es sei allmählich die diagnostizierte Depression als eigenständige Störung entstanden. Diese pathogene Situation werde sich noch weiterentwickeln, denn die Scheidung sei noch nicht vollzogen. Die Ehefrau werde ihn zweifellos noch weiter belasten, ebenso die Entwicklung des Sohnes, welcher nun von ihm alleine betreut werde (S. 6).

Die länger anhaltende Reaktion auf aussergewöhnlich belastende psychische Ereignisse werde in der aktuellen psychopathologischen Diskussion und zukünftig in der im nächsten Jahr erscheinenden ICD-11 als posttraumatische Belastungsstörung bezeichnet. Es werde davon ausgegangen, dass der Patient unter solchen Bedingungen krank geworden sei, wobei durch seine Kindheit bereits Vorbelastungen eine Rolle gespielt hätten. Jedenfalls sei hier eine abnorme Persönlichkeitsentwicklung zu konstatieren, die als die fortdauernde Reaktion auf die beschriebenen existenziellen Schwierigkeiten aufgefasst werden müsse. Diese Entwicklung sei klar krankheitswertig (S. 8). Das ganze Erscheinungsbild zeige jedenfalls, dass multiple diagnostische Anhaltspunkte vorhanden seien. Dass der Gutachter diese ausser Acht gelassen habe, erscheine tendenziös und fahrlässig. Es liege eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2), früher schwere, aktuell mittelgradige Ausprägung, vor. Des Weiteren bestünden deutliche Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung nach beziehungsweise bei schwerer psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.1, ICD-11 KPTBS (komplexe posttraumatische Belastungsstörung), gültig ab Januar 2022). Durch die beschriebenen allgemeinen Auffassungs-, Aufmerksamkeits-, Denk- und Handlungsstörungen, die wie eine depressive Pseudodemenz anmuten würden, sei der Patient zu 100 % arbeitsunfähig (S. 9).

#### **4. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin beurteilte den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen gestützt auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten

vom 28. Februar beziehungsweise vom 11. März 2021 (vorstehend E. 3.10) sowie die RAD-Stellungnahme vom 22. März 2021 (vorstehend E. 3.11). Sie ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass sich der Gesundheitszustand nach Lösung der psychosozialen Belastung deutlich verbessert habe und von keiner länger andauernden Einschränkung auszugehen sei (vgl. vorstehend E.

#### **E. 5**

lit. c).

#### **E. 6**

). Im Vordergrund der empfohlenen Massnahmen stehe in dieser kritischen Lebensphase die psychische Stabilisierung durch eine regelmässige psychotherapeutische Begleitung (S. 5).

#### **E. 9**

RAD-Arzt dipl. med. J. \_\_\_ nahm am 4. September 2020 erneut Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 11/109 S. 8) und führte aus, dass anhand der psychiatrischen Verlaufsberichte eine Einschränkung in allen Lebensbereichen nicht nachvollzogen werden könne. Auch das Beenden der antidepressiven Medikamente sei bei einer schweren Depression mit angeblich organischer Beteiligung schwer nachzuvollziehen. Es lägen sehr hohe psychosoziale Belastungen vor, aber ob neben diesen eine eigenständige depressive Störung vorliege, sei unklar. Es werde daher eine psychiatrisch-neuropsychologische Abklärung empfohlen.

#### **E. 14**

S. 6 unten), die medikamentöse Behandlung nicht fortgesetzt respektive angepasst worden ist.

4.9

Insoweit Dr. Z. \_\_\_ und Dr. phil. A. \_\_\_ vorbringen, dass deutliche Anhaltspunkte für eine posttraumatische Belastungsstörung im Sinne von ICD-10 F43.1 bestünden, verfängt dies nicht. Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 207-208) entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Typische Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung stellen sodann das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen dar, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit auftreten. Bei weiteren typischen Merkmalen dieses Leidens handelt es sich um Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt zudem auch ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit

und Schlafstörungen auf. Die in der Replik vom 22. Oktober 2021 (Urk. 14) erwähnten Traumatisierungen vermögen die hohen diagnostischen Anforderungen an ein Ereignis aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses nicht zu erfüllen. Es ergeben sich sodann auch keine Anhaltspunkte für sich aufdrängende Erinnerungen im Sinne von Flashbacks oder Alpträumen an ein solches Ereignis, wes halb der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, welche im Übrigen bis her noch nie gestellt worden ist,

nicht gefolgt werden kann. Somit ging Dr. C.\_\_\_\_

zu Recht davon aus, dass keine Hinweise für das Vorliegen einer Belastungsstörung bestehen (vgl. Urk. 11/108/1-50 S. 39 unten).

Auch die diagnostischen Kriterien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne der Klassifikation ICD-11, welche am 1. Januar 2022 - und damit erst nach der Erstellung des Gutachtens - in Kraft trat,

sind vorliegend nicht erfüllt.

Demnach die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-11 6B41 Complex

post

traumatic stress disorder) kann

selbst nach der Klassifikation ICD-11 erst gestellt werden, wenn sämtliche diagnostischen Voraussetzungen für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllt sind

([icd.who.int/browse11/l-m/en#/](http://icd.who.int/browse11/l-m/en#/)), was vorliegend – wie eingangs dargelegt - nicht der Fall ist. 4.10

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das beweiskräftige psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten vom 28. Februar beziehungsweise vom 11. März 2021 kein psychischer Gesundheitsschaden im rechtlichen Sinn beziehungsweise

keine rentenbegründende Invalidität ausgewiesen ist. Demzufolge erübrigt sich ein strukturiertes Beweisverfahren (vgl. vorstehend E. 1.3-1.4; vgl. BGE 141 V 281).

Aufgrund der zuverlässigen psychiatrischen und neuropsychologischen Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ und lic. phil. D.\_\_\_\_ wurde der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers somit hinreichend abgeklärt, weshalb sich keine weiteren Untersuchungen aufdrängen. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

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) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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: - Praxis 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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