

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00208 vom 7. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00208

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00208 du 7 mars 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00208 del 7 marzo 2024

Erwägungen

E. 1

Der 1973 geborene X.____, seit Januar 2005 als Payments & Cash Specialist bei der Y.____ AG angestellt (Urk. 7/19/1-2), meldete sich am 15. Juni 2020 unter Hinweis auf eine physische und psychische Erschöpfung inklusive Trauma

aufgrund des Geburtsgebrechens seines Sohnes (geboren 2007) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und zog unter anderem die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/34, Urk. 7/37, Urk. 7/39, Urk. 7/49) bei.

Am 2. September 2020 informierte die IV-Stelle den Versicherten über den Abschluss der Unterstützung beim Erhalt des Arbeitsplatzes, da er sich aktuell nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (Urk. 7/21). Mit Vorbescheid vom 20. Mai 2021 (Urk. 7/42) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen dieser am 16. Juni 2021 Einwand (Urk. 7/51) erhob. Mit Verfügung vom 8. März 2023 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch des Versicherten.

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 vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze 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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 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 Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art.

28 Abs.

E. 1.5

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 ; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass keine Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden und zudem auch psychosoziale Faktoren vorlägen . Bei einer leicht - bis mittelgradigen depressiven Episode handle es sich um ein vorübergehendes Krankheitsgeschehen. Sofern eine depressive Symptomatik seit der letzten psychiatrischen Einschätzung vom August 2022 fortbestehe, sei eine Intensivierung der Behandlung , beispielsweise durch Einnahme eines Antidepressivums oder einen (teil -)stationären Klinikaufenthalt , angezeigt. Der Diagnose des chronischen Erschöpfungssyndroms könne zudem nicht gefolgt werden . Da es sich dabei um eine Ausschlussdiagnose handle, welche nur dann zu stellen sei, wenn das Beschwerdebild nicht durch eine andere somatische oder psychiatrische Diagnose besser erklärt werden könne, sei die Diagnose versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar (S. 1 f.) .

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei seit dem 18.

Dezember 2019 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, zunächst zu 20 %, während der COVID-Erkrankung für die Zeit vom 9.

März bis 19. April 2020 zu 100 % und seit 20. April 2020 zu 50 % . Er leide unter einem chronischen Müdigkeitssyndrom respektive Chronic Fatigue Syndrom (CFS) und zusätzlich unter einer psychischen Störung, welche diagnostisch unterschiedlich beurteilt werde. Die Diagnose CFS

sei von vier Kliniken des Universitätsspitals Z.____ diagnostiziert worden, wobei sich die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) nicht mit den entsprechenden Berichten auseinandergesetzt und ihre Einschätzung auf blosser Behauptungen abgestützt habe. Der RAD-Stellungnahme vom 28. Februar 2023 komme deshalb kein Beweiswert zu (S. 5 ff.). Das psychische Leiden werde entgegen der RAD-Stellungnahme seit Herbst 2021 durch ein Antidepressivum behandelt, wobei es trotz regelmässiger, intensiver und leitliniengerechter Behandlung nicht gelungen sei, den psychiatrischen Gesundheitszustand nachhaltig zu verbessern, weshalb eine langandauernde, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Erkrankung im Sinne von Art. 28 Abs.

1 IVG vorliege (S. 8). Im Weiteren seien die Ursache und die Auswirkungen der oralen Sicca -Symptomatik und der Hyperthyreose bisher nicht abgeklärt worden . Die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, den Gesundheitszustand, das Zumutbarkeitsprofil

und den Grad der Auswirkungen in einer leidensangepassten Tätigkeit rechtskonform abzuklären, weshalb weitere Sachverhaltsabklärungen vorzunehmen seien und ein polydisziplinäres Gutachten zu veranlassen sei. Der Beschwerdeführer sei seit 20. April 2020 zu 50 % arbeitsunfähig und schöpfe seine Restarbeitsfähigkeit bei seiner bisherigen Arbeitgeberin vollständig aus, weshalb ihm mit Wirkung ab Dezember 2020 ein Anspruch auf eine halbe Rente zustehe (S. 9 f.).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin präzisierte in der Beschwerdeantwort (Urk. 6), dass im Laufe des Jahres 2020 wahrscheinlich eine leichte depressive Episode vorgelegen habe, die sich später mittelgradig ausgeprägt habe. Gestützt auf die medizinische Aktenlage und die Ausführungen der RAD-Ärztin vom 28.

Februar 2023 sei nicht von einem die Arbeitsfähigkeit länger einschränkenden Gesundheitsschaden auszugehen, da im Verlauf insbesondere die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft (psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen nur alle ein bis zwei Monate, keine (teil-)stationäre Behandlung, keine Einnahme von Antidepressiva) worden seien. Betreffend das CFS sei eine Abgrenzung gegenüber einer depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen und gesteigerter Ermüdbarkeit als typische Symptome kaum möglich. Da sich die depressive Symptomatik als Anpassungsstörung an psychosoziale Belastungsfaktoren bereits im Dezember 2019 und damit schon vor der COVID-Erkrankung entwickelt habe, sei als Ursache der genannten Beschwerden eine depressive Episode wahrscheinlicher als ein CFS. Leicht- bis mittelgradige depressive Störungen würden sich ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten grundsätzlich nicht als schwere psychische Krankheiten definieren. Bestehe dazu noch wie vorliegend ein bedeutendes therapeutisches Potential, so sei insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Gewichtige Gründe, weshalb trotzdem von einer invalidisierenden psychischen Störung ausgegangen werden sollte, lägen nicht vor (S. 2).

E. 2.4

In der Replik (Urk. 10) wies der Beschwerdeführer abermals auf eine unzureichende Sachverhaltsabklärung durch die Beschwerdegegnerin hin, weshalb ein Gutachten einzuholen sei (S. 1 ff.). Im Weiteren sei die Behauptung der Beschwerdegegnerin, die Behandlungsoptionen seien nicht ausgeschöpft, nicht korrekt, da er in einer regelmässigen, intensiven, medikamentösen und leitliniengerechten Behandlung stehe und sogar so weit gegangen sei, sich von seiner Familie zu trennen, da ihn die ADHS-Erkrankung seines Sohnes so stark belastet habe (S. 4).

E. 3

).

Aktuell bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, welche angesichts der vorliegenden depressiven Episode und der möglicherweise noch andauernden Spätfolgen der COVID-19-Erkrankung gerechtfertigt sei. Durch eine adäquate Behandlung sei zu erwarten, dass die Arbeitsfähigkeit innerhalb von Wochen bis Monaten kontinuierlich erhöht und die volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Aktuell bestehe kein Grund zur Annahme, dass sich aus dem gegenwärtigen Gesundheitszustand eine (Teil-)Invalidität entwickeln sollte (S. 4).

E. 3.1

Dr. med. A.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum B.____ , stellte am 26.

September 2020 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/25/3-7 S. 3 Ziff. 2.5): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), 2017;
Differentialdiagnose (DD) Erschöpfungssymptomatik seit 04/2020 nach/durch COVID-19
Der Arzt hielt fest, er habe vom 18.

Dezember 2019 bis 12. Januar 2020 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, für die Zeit danach sei die Arbeitsunfähigkeit durch den Hausarzt festgelegt worden (zunächst weiter 20 %, während der COVID-19-Erkrankung im März/April [2020] 100

% und ab April [2020] 50 %; S. 2 Ziff. 1.3 ; vgl. dazu: Urk. 7/9).

Als Hauptbelastungsfaktor habe der Beschwerdeführer die familiäre Situation angegeben. Der an ADHS leidende Sohn sei häufig verbal und tätlich aggressiv gegen andere (auch gegen seine Eltern) , wobei es nicht möglich sei, dem Einhalt zu gebieten, worunter der Beschwerdeführer sehr leide. Er fühle sich zudem von den Behörden, Schulen und Ärzten des Sohnes im Stich gelassen und zu Unrecht beschuldigt und sei mit der Situation massiv überfordert. Ende 2019 sei es zu einer Verschlechterung gekommen , weshalb er sich von seiner Familie getrennt habe und im Februar 2020 in eine eigene Wohnung gezogen sei. Durch die Distanz habe sich sein Befinden in geringem Umfang gebessert, er leide allerdings weiter unter der Verantwortung (des Sorgerechts) für den Sohn (S. 2 f. Ziff. 2.2).

Das Stellen einer Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei schwierig. Positiv wirke sich sicherlich der Umstand aus, dass der Beschwerdeführer die berufliche Tätigkeit als eine wichtige Ressource beschreiben habe , welche ihm psychische Stabilität und Zufriedenheit gebe (S. 4 Ziff. 2.7).

Abschliessend hielt der Arzt fest, dass er aufgrund der letzten beiden Konsultationen vom 3.

März und 24. Juni 2020 keine seriösen Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit machen könne (S. 5 Ziff. 4.1).

E. 3.2

Der Vertrauensarzt der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, Dr. med. C.____ , Facharzt FMH Psychiatrie /Psychotherapie , führte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2020 (Urk. 7/39/2-4) folgende Diagnose auf (S. 3) : - depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F32.1)

Dr. C.____

hielt fest , dass die Probleme gemäss den Angaben des Beschwerdeführers nicht mit seiner Arbeitstätigkeit oder Belastungen am Arbeitsplatz zusammenhängen, sondern privater Natur seien. Er sei Vater eines 12 - jährigen Sohnes, welcher an einem Geburtsgebrechen leide und während seiner bisherigen Lebenszeit für das Familienleben sehr herausfordernd gewesen sei. Man habe alles versucht, um dem Sohn zu helfen, ohne dass eine Besserung eingetreten sei. Der Beschwerdeführer sei zunehmend in die Erschöpfung gekommen und habe schliesslich nicht mehr arbeiten können. Seit Dezember 2019 sei er zu 20 % krankgeschrieben gewesen (S. 1). Die schwierige familiäre Situation habe schliesslich zur

Trennung von seiner Ehefrau im Februar 2020 geführt, wobei die Kinder bei der Mutter lebten. Für ihn habe die Trennung etwas Entspannung gebracht, da er in der Betreuung weniger involviert sei und sich nun entlasteter fühle (S. 2).

Der Beschwerdeführer zeige die Symptome einer Erschöpfung nach einer langjährigen familiären Belastungssituation, wobei es ihm nicht gelungen sei, einen Umgang zu finden oder eine Bewältigungsstrategie zu entwickeln. Dies habe zunehmend zu Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung und zu einer Burnout-Situation geführt (S. 2).

Die bisherige Behandlung durch den Hausarzt ohne spezifische psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung sei ungenügend. Der Beschwerdeführer zeige Symptome einer mittelgradigen depressiven Episode, welche sowohl psychotherapeutisch als auch psychopharmakologisch behandelt werden sollte (S. 2).

E. 3.3

Dr. med. D.____, FMH

Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Aktenbeurteilung vom 18. März 2021 (Urk. 7/39/10-11) aus, die behandelnde Psychiaterin dipl. Ärztin E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, habe nicht die Diagnose einer depressiven Episode, sondern einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion gestellt, was per definitionem einer leichten depressiven Symptomatik entspreche, die nicht den Schweregrad einer leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Episode erreiche (S. 1).

Die Behandlung in der Form von supportiven Gesprächen alle 14

Tage und eine pflanzliche Medikation sei für die Behandlung einer leichten depressiven Episode ausreichend, nicht dagegen für die von Dr.

C.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Die aktuelle Behandlung entspreche nicht der von Dr.

C.____ empfohlenen Behandlung, insbesondere bei fehlender antidepressiver Medikation (S. 1).

Unter Berücksichtigung des hausärztlichen Berichts vom 17.

Dezember 2020 [vgl. Urk. 7/39/5-7] entstehe der Eindruck, dass nicht-medizinische Faktoren für die anhaltende Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % mit einer Rolle spielen, sei doch konstatiert worden, dass die ungelösten privaten Probleme keine Erhöhung der Arbeitstätigkeit erlauben würden (S. 1 f.).

Gestützt auf den Bericht von Dr. C.____ hätte unter adäquater Behandlung inzwischen eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit stattfinden müssen, was indes nicht passiert sei. Die von der behandelnden Psychiaterin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % sei medizinisch nicht nachvollziehbar und es fehle im entsprechenden Bericht eine klare Begründung, weshalb keine Steigerung erfolgt sei. Eine mögliche Erklärung für die niederschwellige Behandlung sei, dass der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers keine intensivere Behandlung benötige, so dass davon auszugehen sei, dass sich die psychische Situation seit dem vertrauensärztlichen Bericht vom 30. Oktober 2020 verbessert habe. Vor diesem Hintergrund sollte eine kontinuierliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit in 20 %-Schritten innerhalb der zirka nächsten drei Monate erwartet werden können (S. 2).

E. 3.4

Die behandelnde Psychiaterin d ipl. Ärztin E.____
nannte am 11.

Mai 2021 folgende Diagnosen (Urk. 7/54): - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.1)

Die lang andauernde familiäre Belastungssituation und die Diagnose einer Anpassungsstörung seien als unabhängig voneinander zu betrachten, da es im Verlauf der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung zur Trennung von der Ehefrau gekommen sei und die Hauptbelastung durch den Sohn aktuell bei der Ehefrau liege, die Symptomatik beim Beschwerdeführer indes unverändert geblieben sei. Die Arbeitsfähigkeit liege aktuell bei 50 %, wobei je nach weiterer Verbesserung des Gesamtzustandes und frühestens im Oktober 2021 von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit um 20 % auszugehen sei.

E. 5

Der Hausarzt Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, ging am 6. Juli 2021 von folgender Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 7/61 S. 1 Ziff. 1.2) : - depressive Verstimmung im Rahmen einer familiären Konfliktsituation

Er attestierte für die bisherige Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 2.1) und nannte als die Krankheit aufrechterhaltende Faktoren eine Eheproblematik und Belastung durch ein «ADHS-Kind» (S.

3 Ziff. 4.4). 3.

E. 5.1

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 der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen, weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. März 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

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

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
Gräub Schleiffer Marais

E. 6

Dipl. Ärztin E.____ wiederholte am 23. August 2021 (Urk. 7/65)

die bereits am 11.

Mai 2021 gestellte Diagnose

und hielt fest, der Beschwerdeführer sei seit 20. April 2020 zu 50 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.2).

Es bestehe ein kaum veränderter Gesamtzustand, wobei in diesem Zusammenhang auf die Ausführungen im Bericht vom 19. Januar 2021 [vgl. Urk. 7/30] verwiesen wurde, wonach beim Beschwerdeführer seit der Geburt des chronisch erkrankten Sohnes im Jahre 2007 eine zunehmende Belastung vorliege. Seit 2017 bestehe eine supportive psychotherapeutische Behandlung, wobei der Beschwerdeführer seit der COVID-19-Infektion im März 2020 deutlich physisch und psychisch erschöpft sei. Hinsichtlich der Symptomatik habe sich eine leichte Besserung der Schlafstörungen eingestellt. Betreffend die übrige Symptomatik verwies die Ärztin wiederum auf den Vorbericht vom 19. Januar 2021, wo über eine deutliche Reduktion der psychischen und physischen Belastbarkeit, depressive und teilweise ängstliche Reaktionen auf Stress in diversen Alltagssituationen sowie Schlafstörungen berichtet wurde (Urk. 7/65 S. 2 Ziff. 2.1 f. in Verbindung mit Urk. 7/30 S. 2 Ziff. 2.1 f.).

Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei schwer beurteilbar, da Belastungsfaktoren wechselweise auftreten und die Arbeitsfähigkeit mitbeeinflussen würden. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei frühestens ab Oktober 2021 um 20 % möglich, je nach Verlauf (Urk. 7/65 S. 3 Ziff. 2.7).

Als Funktionsstörungen wurden eine rasche Erschöpfbarkeit, teilweise Konzentrationsstörungen, intermittierend Antriebs- und Motivationsverlust sowie Schlafstörungen genannt (S. 4 Ziff. 3.5).

Die bisherige Tätigkeit sei für 4,2 Stunden pro Tag und fünf Tage pro Woche zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit würde keine Verbesserung bringen, da die aktuellen Arbeitsinhalte einen stabilisierenden Faktor darstellten (S. 5 Ziff. 4.2) . 3.

E. 7

In ihrem Bericht vom 28. Oktober 2021 (Urk. 7/73/1-3) stellten Prof. Dr. med. G.____, leitender Arzt, und Assistenzärztin H.____, Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Universitätsspital Z.____, folgende Diagnose (S. 1): - chronische Fatigue, Leistungsintoleranz, rezidivierende Kopfschmerzen - nach formal milder SARS-CoV-2-Infektion März 2020 mit Fieber, Kopfschmerzen, Husten, Geschmacksverlust - jedoch auch bereits zuvor bestehender Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch psychosoziale Belastungssituation

Die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Kopfschmerzen, allgemeine Schwäche, Rückenschmerzen, Mundtrockenheit, schnelle Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten) seien prinzipiell vereinbar mit Post-COVID-19-Beschwerden bei anhaltender Fatigue und Leistungsintoleranz nach SARS-CoV-2-Infektion. Es habe jedoch bereits vor der Infektion eine psychosoziale Belastungssituation bestanden, durch welche er in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt gewesen sei. Bei fehlenden strengen Diagnosekriterien für Long-COVID sei die Differenzierung der Ursache für die anhaltenden Beschwerden schwierig. Es werde eine neuropsychologische Testung zur weiteren Differenzierung sowie eine Anbindung an die Long-COVID-Sprechstunde veranlasst (S. 1).

3.

E. 8

Im Bericht vom 8. November 2021 führte Dr. med. I.____, Oberarzt, und Assistenzarzt J.____, Klinik für Neurologie, Universitätsspital Z.____, folgende Diagnose auf (Urk. 7/73/5-8 S. 1): - post-COVID-19-Symptome, EM 03/2020

Es sei wahrscheinlich, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (körperliche und geistige Erschöpfung, leichte kognitive Einbußen, schwankende Kopfschmerzen) mit der akuten COVID-Infektion im Zusammenhang stünden. Aktuell gebe es keine ausreichenden evidenzbasierten Diagnose- und Behandlungsmethoden. Hinsichtlich der Fatigue werde zunächst eine Umstrukturierung des Alltags mit ausreichenden Pausen zur besseren Einteilung der Energiereserven empfohlen. Im Weiteren sei die Fortsetzung der Psychotherapie empfehlenswert, um Bewältigungsstrategien für lang anhaltende Symptome zu erlernen. Die Beurteilung der Notwendigkeit einer antidepressiven Medikation könne durch den behandelnden Therapeuten erfolgen. Der Beschwerdeführer werde zur weiteren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und kognitiven Belastbarkeit zu einer neuropsychologischen Untersuchung angemeldet (S. 4). 3.

E. 9

Dr. med. K.____, Oberarzt, und Dr. med. L.____, Assistenzärztin, Klinik für Rheumatologie, Universitätsspital Z.____, stellten am 16. Juni 2022 folgende Diagnosen (Urk. 7/86/1-4 S. 1): - Oracle Sicca -Symptomatik (EM 2020) - DD Hyperthyreose,

medikamentös (Trittico) - Manifest nach COVID-19-Erkrankung 2020, Zunahme nach Therapiebeginn mit Trittico Herbst 2021 - Labor 15.06.22: keine humorale Entzündungsaktivität, negativ: ANA, anti-SSA/-SSB, RF - Schirmertest 15.06.2022 normal - Parotis-/ Submandibularis -Sonographie 15.06.2022 unauffällig - Hyperthyreose a.e . bei Morbus Graves-Basedow ED 15.06.22 - Labor 15.06.2022: TSH nicht detektierbar, fT3 und fT4 erhöht, positive r

Ak anti-TSH-Rezeptor , anti-TPO negativ - Sonographie 22.06.22: diffus inhomogene Schilddrüse ohne Einzelknoten - Erythrozytose ED 06/2022 - DD sekundär bei Hyperthyreose, relativ bei Dehydrierung (starker Nachtschweiss) - Hb 180 g/l, Hämatokrit 0.537 l/l - Achillodynie beidseitig, EM zirka 2020 - a.e . reaktive Myalgien der Unterschenkel - Periarthropathia

humeroscapularis EM zirka 2020 - sonographisch 06/2022 kursorisch keine Bursitis subacromialis - rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Rx LWS/Becken 15.06.2022: keine postentzündliche n Veränderungen - chronische Fatigue, Leistungsintoleranz, rezidivierende Kopfschmerzen - nach formal milder SARS-CoV2-Infektion März 2020 mit Fieber, Kopfschmerzen, Husten, Geschmacksverlust - jedoch auch bereits zuvor bestehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch psychosoziale Belastungssituation - chronischer Pruritus inguinal and axillär, DD Ekzem - seit elf Jahren bestehend

Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte Sicca -Symptomatik, manifest nach der COVID-19-Erkrankung im 2020 und exazerbiert nach Therapiebeginn mit Trazodon im Herbst 2021. Die Sicca -Symptomatik sei einerseits im Rahmen der diagnostizierten Hyperthyreose möglich, andererseits ebenfalls auf die Therapie mit Trazodon zurückzuführen (häufige Nebenwirkung mit einer Frequenz von 15 bis 30 % der behandelten Patienten). Die periartikulären Schmerzen um die Schultern seien im Rahmen der Periarthropathia

humeroscapularis ohne ein deutige Bursitis und am ehesten im Rahmen der Dekonditionierung und Fehlhaltung mit Kopf- und Schulterprotraktion zu sehen (S. 3) . 3.

E. 10

Am 8.

August 2022 nannte n Dr. med. M.____ , Oberärztin, und Dr. med. (I) N.____ , Assistenzarzt, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital Z.____ , folgende Diagnosen (Urk. 7/84): - chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS) , DD Post-COVID-19-Zustand - mittelgradige depressive Episode

Für das CFS sprächen die substanzielle Beeinträchtigung in der Fähigkeit soziale, alltägliche, berufliche und private Aktivitäten/Angelegenheiten zu absolvieren wegen einer anhaltenden Erschöpfung seit 2020, mitunter der unerholbare

Schlaf, die postexteriorelle Malaise und die leichten kognitiven Einbussen. Dazu lägen mit psychosozialen Stressoren (teilweise Arbeitsunfähigkeit, Nichtanerkennung der Müdigkeit, familiäre Konflikte, Trennung) prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren vor. Die Kriterien für das CFS würden gemäss IOM

2015 hinreichend erfüllt. Zudem sei bei zeitlichem Zusammenhang zwischen der Symptomatik und der COVID -Erkrankung

im März 2020 ein Post-COVID-19-Zustand mitaufzuführen. Weiter seien die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt (S. 1).

Die Ärzte empfahlen die Fortführung der ambulanten Psychotherapie bei dipl. Ärztin E.____, die Entwicklung von Selbsthilfestrategien sowie bei ausgeprägter ängstlicher-depressiver Symptomatik eine pharmakologische Therapie mit SSRI/SSNRI (S. 2).

Die Arbeitsfähigkeit liege schätzungsweise bei 50 % (S. 2).

Es lägen Hinweise für mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität vor. Der funktionelle Zustand sei auf 50 bis 70 % der Norm reduziert. Der Beschwerdeführer sei unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für zwei bis drei Stunden täglich zu tätigen, wobei Ruhepausen benötigt würden. 3.

E. 11

RAD-Ärztin Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Stellungnahme vom 28. Februar 2023 (Urk. 7/ 88/ 4-6) folgende Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf: - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1, ED 08/2022) - nach Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F 43 .21, EM zirka 12/2019) - Hyperthyreose (ED 06/2022) - a.e . Morbus Graves-Basedow, anti-TSH-Rezeptor positiv - rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - keine postentzündlichen Veränderungen - Periarthropathia

humeroscapularis (EM zirka 2020) - Achillodynie beidseitig (a.e . reaktive Myalgien) - chronischer Pruritus inguinal und axillär, seit zirka elf Jahren

Als Einschränkungen in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Sachbearbeiter Zahlungsverkehr nannte die RAD-Ärztin eine verminderte Belastbarkeit, eine Erschöpfung, einen vermehrten Pausenbedarf, subjektive Konzentrationsstörungen, einen leicht verminderten Antrieb sowie Schlafstörungen (gebessert unter Medikation). Es bestünden indes keine dauerhaft zu berücksichtigenden Einschränkungen (Urk. 7/88/5) .

In der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit habe für die Zeit vom 18. Dezember 2019 bis 8. März 2020 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, vom 9. März bis 19. April 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und seit 20. April 2020 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (gemäss dipl. Ärztin E.____). Innerhalb von zwölf Monaten sei in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % zu erwarten (Urk. 7/88/5) .

Es sei eine mittelgradige depressive Episode und somatisch eine Hyperthyreose festgestellt worden, wobei beides konsequent behandelt werden sollte. Bei einer leicht - bis mittelgradigen depressiven Episode handle es sich um ein vorübergehendes Krankheitsgeschehen . Soweit eine depressive Symptomatik seit der letzten psychiatrischen Einschätzung (08/2022) fortbestehe, sei eine Intensivierung der Behandlung angezeigt. Zunächst sollte mindestens ein antriebssteigerndes Antidepressivum in ausreichender Dauer und Dosierung eingesetzt werden. Bei Ausbleiben eines Behandlungserfolgs im ambulanten Setting sollte eine (teil -)stationäre Behandlung mit Schwerpunkt auf Behandlung von Depressionen erfolgen. Und schliesslich sollte schrittweise das Arbeitspensum gesteigert werden (Urk. 7/88/5).

Die RAD-Ärztin führte weiter aus, rückblickend habe wahrscheinlich irgendwann im Laufe des Jahres 2020 eine leichte depressive Episode vorgelegen und im August 2022 sei eine mittelgradige Ausprägung statuiert worden. In Würdigung der im psychopathologischen Befund aufgeführten Symptome seien die gemäss ICD-10 geforderten Kriterien von F32.1 erfüllt. Wegen der Belastungen nehme der Beschwerdeführer seit 2017, teilweise in grösseren Intervallen (alle ein bis zwei Monate), eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in Anspruch. Es sei zu keinem Zeitpunkt eine (teil-)stationäre Behandlung oder der Einsatz eines Antidepressivums erfolgt (Trazodon sei nur schlafanstossend eingesetzt worden). Eingliederungsmassnahmen seien nicht durchgeführt worden, nachdem der Beschwerdeführer keine Möglichkeit zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit gesehen habe. Entsprechend liege weder Behandlungs- noch Eingliederungsresistenz vor (Urk. 7/88/6).

Der Diagnose des CFS könne nicht gefolgt werden. Da es sich dabei um eine Ausschlussdiagnose handle, welche nur dann zu stellen sei, wenn das Beschwerdebild nicht durch eine andere somatische oder psychiatrische Diagnose besser erklärt werden könne, sei die Diagnose versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar. Ferner sei eine Abgrenzung gegenüber einer depressiven Symptomatik mit Schlafstörungen und gesteigerter Ermüdbarkeit als typische Symptome kaum möglich. Da sich eine depressive Symptomatik als Anpassungsstörung an psychosoziale Belastungsfaktoren bereits im Dezember 2019 (Eintritt der 20%igen Arbeitsunfähigkeit am 18. Dezember 2019) und damit vor der COVID-Infektion entwickelt habe, sei als Ursache der genannten Beschwerden eine depressive Episode wahrscheinlicher als ein CFS (Urk. 7/88/6).

Bei der somatischen Ausschlussdiagnostik sei eine Hyperthyreose, a.e. autoimmun bei Morbus Basedow, festgestellt worden. Ein Teil der Beschwerden (Mundtrockenheit, Muskelschmerzen, Schlafstörungen) sei auch durch die Hyperthyreose erklärbar. Eine Behandlung sei eingeleitet worden und die Prognose sei gut, wobei diesbezüglich keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Die muskuloskelettalen Beschwerden (unter anderem im Bereich der Schulter, der unteren Wirbelsäule, der Waden) seien weder entzündlich noch degenerativer Natur und seien in der Untersuchung ohne klinisch relevanten Befund gewesen. Die Mundtrockenheit möge unangenehm sein, sei aber für die angestammte Tätigkeit nicht relevant. Es liege ein Zusammenhang mit der Medikation mit Trazodon vor, weshalb Alternativen erwogen werden sollten (Urk. 7/88/6).

Die RAD-Ärztin hielt abschliessend fest, es liege ein Gesundheitsschaden vor, wobei eine reduzierte Arbeitsfähigkeit im genannten Zeitraum mehrheitlich plausibel sei. Die Prognose sei günstig und es sei in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % zu erwarten (Urk. 7/88/6). 4. 4.1

4.1.1.

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). 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).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). 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 beweibelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). 4.1.2

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). 4.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen damit, dass es sich bei der diagnostizierten leicht- bis mittelgradigen Episode um ein vorübergehendes Krankheitsgeschehen ohne länger andauernde Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit handle, bei welchem zudem diverse psychosoziale Faktoren eine Rolle spielten (Urk. 2 S. 1 f.). Sie machte weiter geltend, dass grundsätzlich nur schwere psychische Störungen mit schweren Auswirkungen in wichtigen Funktionsbereichen invalidisierend sein könnten und leicht- bis mittelgradige Störungen ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten und mit bedeutendem therapeutischem Potential – wie es für den Beschwerdeführer zutrefte – keine invalidisierende Erkrankung darstellten (Urk. 6 S. 2).

Das Vorliegen eines chronischen Erschöpfungssyndroms bestritt sie gestützt auf die Beurteilung ihrer RAD-Ärztin Dr. O.____ (E. 3.11).

Die Beschwerdegegnerin verkennt dabei, dass rechtsprechungsgemäss (vgl. E. 4.1.1) nicht die Diagnose einer Erkrankung entscheidend ist, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt. Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer

Diagnose und unbesehen deren Ätiologie –

mit oder ohne diagnoseinhärenten Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen (BGE 148

V

49 E. 6.2.2, 143 V 409 E. 4.2.1). Entsprechend kann – entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin – bei Vorliegen einer leicht -

respektive mittelgradigen depressiven Störung nicht ohne Weiteres das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint werden, auch nicht unter Hinweis auf eine angeblich fehlende Komorbidität oder ein wesentliches Therapiepotential. Vielmehr sind die funktionellen Auswirkungen einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung anhand der Standardindikatoren (vgl. E. 4.1.2) zu prüfen. Eine solche Prüfung hat die Beschwerdegegnerin vorliegend

nicht durchgeführt. Im Weiteren fehlt es auch

in den aktenkundigen medizinischen Berichten an den erforderlichen Angaben zu den Standardindikatoren.

Bereits aus diesem Grund erweisen sich zusätzliche Abklärungen als unerlässlich.

Im Rahmen derselben

wird auch die Rolle der psychosozialen Faktoren abzuklären sein, fehlt es doch der medizinischen Aktenlage trotz wiederholtem Hinweis auf ihre Massgeblichkeit an einer nachvollziehbaren Abgrenzung derselben, welche zuliesse festzustellen, inwieweit das fortdauernde klinische Beschwerdebild auf einem selbstständigen psychischen Gesundheitsschaden beruht

(BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1 mit Hinweisen). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, sind 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).

Mit Blick auf den funktionellen Schweregrad der Störung und zu berücksichtigende Komorbiditäten (E. 4.1.2) kann sodann nicht abschliessend beurteilt werden, ob der Schluss von Dr. O.____, wonach es sich bei der Diagnose eines CFS um eine Ausschlussdiagnose handelt, welche bei Vorliegen einer depressiven Episode nicht zu stellen sei (E. 3.11), zutrifft, sahen doch die Spital Z.____-Ärzte kein Hindernis, beide Diagnosen gleichzeitig zu stellen

(E. 3.10). 4.3

Nach dem Gesagten ist der medizinische Sachverhalt zu wenig abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung vom 8. März 2023 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzender Abklärung im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. Dabei drängt sich insbesondere im Zusammenhang mit den gestellten Diagnosen einer depressiven Störung, eines CFS und

der Hyperthyreose respektive Erythrozytose

und mit Blick auf allfällige Wechselwirkungen die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens in den Fachbereichen Psychiatrie, Neurologie und Innere Medizin beziehungsweise Endokrinologie auf. Ob betreffend das ebenfalls diagnostizierte

lumbospondylogene Schmerzsyndrom sowie die Periarthropathia

humeroscapularis

gegebenenfalls eine rheumatologische Begutachtung erforderlich ist, kann aufgrund der diesbezüglich in den Akten nur rudimentär enthaltenen Angaben nicht abschliessend beurteilt werden. Im Rahmen der Begutachtung werden sich die Experten insbesondere auch darüber zu äussern haben, in welchem Umfang psychosoziale Faktoren das Gesundheitsgeschehen mitbestimmen. Im Weiteren wird anhand eines strukturierten Beweisverfahrens abzuklären sein, ob und gegebenenfalls inwieweit sich die psychische Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

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