

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00284 vom 21. Februar 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-02-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00284](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00284)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00284 du 21 février 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00284 del 21 febbraio 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

4. Februar 2017 (Urk. 19 /28) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Am 6. Januar 2021 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf eine psychische Erkrankung erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 19/29). Diese tätigte medizinische und berufliche Abklärungen und holte insbesondere die Akten der Krankentaggeldversicherung ein (Urk. 19/55; Urk. 19/57; Urk. 19/61; Urk. 19/68; Urk. 19/72-73; Urk. 19/77). Nach dem Vorbescheid verfahren (Urk. 19/94; Urk. 19/103; Urk. 19/106-110) verneinte sie mit Verfügung vom 25.

April 2023 (Urk. 2) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 23 % wie vorbeschrieben einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente.

### **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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer machte am 6. Januar 2021 eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend und ersuchte um Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 19/29). Allfällige Leistungen der Invalidenversicherung könnten daher frühestens ab Juli 2021 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültige gesetzliche Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

### **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).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E.

7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 ).

### **E. 1.4**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des

streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

### **E. 1.6**

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben.

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.7**

Praxisgemäss spricht der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers - und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG (vgl. dazu BGE 141 V 330

E. 3.2 S. 335; 137 V 210

E. 3.4.2.9 S. 258 ff.) - erstellt wurde, nicht gegen dessen Beweiskraft für die Beurteilung eines Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung. Indessen sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an

der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind - wie bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen - ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Einem « Fremdgutachten » kommt somit nicht von vornherein dieselbe Beweiskraft zu wie einer gerichtlich oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassenen Expertise unabhängiger Sachverständiger (Urteile des Bundesgerichts 8C\_71/2016 vom 1.

Juli 2016 E. 5 und 8C\_230/2019 vom 2. Juli 2019 E. 3.2; je mit zahlreichen Hinweisen).

Insbesondere folgt aus dem Grundsatz der Waffengleichheit das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 25. April 2023 (Urk. 2) erhob X.\_\_\_\_ am 24. Mai 2023 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung einer ganzen Rente (Urk. 1 S. 1). Die IV-Stelle schloss am 28. September 2023 (Urk. 17) unter Hinweis auf die Stellungnahme ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. März (Urk. 19/112/5 ff.) und 25. September 2023 (Urk. 18) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4.

Oktober 2023 (Urk. 20) mitgeteilt wurde. Dieser verzichtete innert Frist auf eine Replik (Urk. 23). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin legte der angefochtenen Verfügung das psychiatrische Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Facharzt für Neurologie FMH, vom 15. Februar 2022, zugrunde, welches dieser im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstattet hatte (Urk. 19/68 und Urk. 19/72). Daraus schloss sie auf eine Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 80 % in einer angepassten Tätigkeit in konfliktarmer Umgebung. Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeiten voraussetzen, seien zu vermeiden. Gestützt darauf ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 23 % und verneinte folglich einen Anspruch auf eine Invalidenrente und erklärte, dass für die Stellensuche das Regionale Arbeitsvermittlungsamtsamt zuständig sei (Urk. 2/2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber hielt der Beschwerdeführer mit Verweis auf die Berichte und Stellungnahmen der behandelnden Fachpersonen dafür, dass er in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig sei.

Auch in einer angepassten Tätigkeit sei er

zu maximal 20 % arbeitsfähig, weshalb er Anspruch auf eine ganze Rente habe. Selbst

wenn man aber mit der Beschwerdegegnerin von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ausginge, betrage das Invalideneinkommen nicht - wie von der Beschwerdegegnerin

veranschlagt - Fr.

112'378.25, sondern lediglich Fr. 86'160.80, woraus aufgrund der Gegenüberstellung mit dem Valideneinkommen von Fr. 146'742.55 ein Invaliditätsgrad von 43 % resultiert, weshalb ihm eine Invalidenrente zuzusprechen sei (Urk. 1).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Es ist unbestritten und steht im Einklang mit den Akten, dass der Beschwerdeführer seit November 2020 arbeitsunfähig ist und Leistungen der Krankentaggeldversicherung bezieht (vgl. Urk. 19/49; Urk. 19/55/10; Urk. 1/3; Urk. 2/1), sich sein Gesundheitszustand somit im Vergleich zur letzten rechtskräftigen Beurteilung seines Leistungsanspruchs mit Verfügung vom 14.

Februar 2017 (Urk. 19/28) erheblich verschlechtert hat, womit der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln ist (BGE 141 V 9 E. 6.1).

Es stellt sich deshalb zunächst die Frage, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit November 2020 verhält.

### **E. 3.1**

Im Verlaufsbericht der

B. AG vom 12. Februar 2020 (Urk. 19/32/4-6), wo der Beschwerdeführer seit Februar 2017 in Behandlung steht (Urk. 19/45/7 -13 S. 1), wurden folgende Diagnosen gestellt: - ICD-10:

F32.1 Mittelgradige depressive Episode mit saisonaler Komponente im Sinne einer Winterdepression (chronischer Verlauf seit mehr als zwei Jahren) - ICD-10: Z61, Z62 Early Life Stress plus - ICD-10: F90.0 Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ADHS) - ICD-10: F51.1 Nichtorganische Insomnie bei leichtgradig zirkadianer Rhythmusstörung - ICD-10: F84.5 Leichtgradige Autismus-Störung im Sinne eines Asperger-Syndroms

Zur Diagnosestellung wurde angemerkt, dass sich die Kriterien für die Diagnose eines Asperger-Syndroms im Behandlungsverlauf als vollumfänglich erfüllt gezeigt hätten, nachdem

diese noch in der Abklärung im September 2018 als nicht ganz erfüllt schienen. Weiter wurde zum Verlauf der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ausgeführt, dass insgesamt eine Stabilisierung des Zustandsbildes habe erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe die Medikamente absetzen können und nehme nur noch selten welche bei Bedarf. Auch die Arbeitsfähigkeit habe wiedererlangt werden können. Weiterhin bestünden Stimmungsschwankungen und Schlafprobleme. Es gebe Tage, an denen der Beschwerdeführer aufgrund von hoher Anspannung, Ängstlichkeit und Niedergeschlagenheit nicht arbeiten gehe.

Dieser weise verschiedene Komorbiditäten sowie mehrere Risikofaktoren für depressive Störungen auf, weshalb eine langfristige, multidisziplinäre Behandlung notwendig sei. ADHS und Asperger-Syndrom seien Risikofaktoren für negative soziale Konsequenzen. Zusätzlich sei die Kindheit des Beschwerdeführers gekennzeichnet gewesen durch körperliche, verbale und nonverbale Gewalt durch die Eltern. In der Schulzeit habe er

körperliche und emotionale Gewalt durch Gleichaltrige erlebt. Diese Erfahrungen hätten zu starken Problemen der Selbstannahme und der Selbstwertregulation geführt. Da der Beschwerdeführer viele Ressourcen aufweise (sehr hohe Intelligenz, gute angelesene soziale Fähigkeiten und musische Begabung), sei davon auszugehen, dass er bei entsprechender langfristiger Behandlung lerne, seine psychische Gesundheit zufriedenstellend zu regulieren. Vermutlich brauche er auch für die nächsten ein bis zwei Jahre wöchentlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und noch über längere Zeit Ergotherapie am Arbeitsplatz.

### **E. 3.2**

Am 28. Juni 2021 berichteten die behandelnden Fachpersonen des B.\_\_\_\_, dass der Beschwerdeführer wöchentlich psychotherapeutische Sitzungen wahrnehme. Alle ein bis zwei Wochen habe er zur Unterstützung in der Alltagsbewältigung Ergotherapie und nehme einmal pro Monat an einer Autismus-Gruppe teil. Die Fachpersonen attestierten folgende Arbeitsunfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit als Innovation Chief Engineer: vom 20. bis 30. November 2020 100 %, vom 6. Dezember 2020 bis 15. April 2021 50 %, seit dem 16. April 2021 bis auf weiteres 100 %. Sie berichteten, dass der Beschwerdeführer nach seiner depressiven Episode im November 2015 zwar eine Weile 100 % gearbeitet habe, zeitgleich aber immer wieder an starker Anspannung, Ängsten, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit und Erschöpfung gelitten habe. Immer wieder habe er für einige Tage oder sogar Wochen nicht arbeiten können. Es müsse dafür gesorgt werden, dass die Erschöpfung, die durch die enorme Anpassungs- und Anstrengungsleistung ausgelöst worden sei, den Beschwerdeführer langfristig nicht in eine vollständige Arbeitsunfähigkeit führe, was bei Asperger-Patienten bei einem gewissen Erschöpfungsgrad über eine gewisse Zeitspanne leider häufig der Fall sei. Derzeit

sei weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar. Die Prognose für eine Eingliederung in eine angepasste Teilzeit-Tätigkeit (kleineres Team, mehr Struktur, weniger Sitzungen und weniger Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren wie Firmen, Behörden, Kunden, Auftraggeber) sei längerfristig gut. Eine Eingliederung sei einzig in eine angepasste Tätigkeit sinnvoll, da der Beschwerdeführer seit fünf Jahren versucht habe, in seiner angestammten Tätigkeit als Ingenieur zu bestehen und dies nur mit enormen Kosten für seine psychische Gesundheit möglich gewesen sei (Urk. 19/45/7-13).

### **E. 3.3**

Vom 11. Juni bis 24. September 2021 befand sich der Beschwerdeführer in ambulanter, tagesklinischer Behandlung in der C.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 29. September 2021 (Urk. 19/51) wurden neben den bekannten Diagnosen Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt (ICD-10 F42.2) genannt. Die Fachpersonen berichteten, dass der Beschwerdeführer während dreier Monate an fünf Nachmittagen pro Woche das integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsprogramm besucht habe. Der Einstieg sei ihm schwergefallen; insbesondere hätten die Teilnahme an den Gruppentherapien und der Kontakt zu anderen seine Angstsymptomatik vorerst verstärkt. Dennoch sei er regelmässig und verbindlich zum Therapieprogramm erschienen. Während der Behandlungsphase habe ein Gespräch mit der zuständigen IV-Eingliederungsberaterin stattgefunden. Aufgrund der anhaltend und stark eingeschränkten Belastbarkeit habe man vorerst von Integrationsmassnahmen abgesehen und die Rentenprüfung in die Wege geleitet. Während der tagesklinischen Behandlung habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher

Tätigkeiten bestanden. Bei Austritt habe sich der Beschwerdeführer in einem verbesserten Zustand befunden, es habe aber eine starke Angstproblematik mit täglichen Panikattacken persistiert .

### **E. 3.4**

Am 21. Dezember 2021 wurde der Beschwerdeführer durch

Dr. A.\_\_\_\_

im Auftrag des Krankentaggeldversicherers psychiatrisch begutachtet. Dr. A.\_\_\_\_ stellte in seiner Expertise vom 15. Februar 2022 ( Urk. 19/68 und Urk. 19/72) die folgenden Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 85) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften sowie paranoiden Persönlichkeitszügen (ICD-10: F61.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter (anamnestisch, ICD-10: F90.0).

Im objektiven psychopathologischen Befund nach den AMDP-Richtlinien seien anlässlich der Untersuchung ein nahezu theatralisch anmutendes Kratzen sowie eine leichte psychomotorische Unruhe aufgefallen. Die Stimmung sei leicht gedrückt und zum depressiven Pol verschoben gewesen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei reduziert gewesen. Vorgetragen worden seien Zukunfts- und Existenzängste, Panikattacken, Zwangsgedanken sowie Zwangsimpulse und -rituale. Darüber hinaus seien Phobien , mit Ausnahme einer Party-Phobie, verneint worden. Der Beschwerdeführer habe ausgeprägte kognitive Defizite, Derealisations- und Depersonalisations-Phänomene und einen sozialen Rückzug angegeben. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und -helligkeit gezeigt und sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Der Beschwerdeführer sei während des gesamten Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einzustellen vermocht. Der formale Gedankengang sei in jeder Hinsicht ungestört gewesen. Ebenso wenig hätten Ich-Störungen , Affekteinbrüche und Hinweise für Wahn oder Sinnestäuschungen bestanden. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien phasenweise demonstrativ leicht gesteigert gewesen. Gestik und Mimik hätten sich angemessen gezeigt und die gedrückte Stimmung affektsyn thym unterstrichen. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich eingeschränkt, anhand der Untersuchung und der Würdigung der Akten hätten sich aber keine Hinweise auf eine entsprechende psychosoziale Problematik von besonderem Schweregrad gezeigt (S. 98 f.).

Die geltend gemachten kognitiven Defizite und Gedächtnis- und Konzentrationschwierigkeiten hätten klinisch nicht objektiviert werden können. Es sei ein neuropsychologisches Zusatzgutachten ( bei Dr. sc. hum. D.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Urk. 19/ 77 )

in Auftrag gegeben worden, anlässlich dessen der Beschwerdeführer in den ersten Symptomvalidierungstests Werte gezeigt habe, die extrem weit unter denen gelegen seien , die bei motivierter Mitarbeit hätten erreicht werden können . Beim zweiten Test habe sein Ergebnis über dem Cut-off gelegen. Es habe ein aggravierendes Verhalten beobachtet

werden können (S. 99 f.) .

Der Gutachter wies darauf hin, dass im Rahmen der Diagnostik dem Gespräch mit dem Exploranden eine besondere Bedeutung zukomme. Ängste, Zwänge und weitere Symptome seien nicht überprüfbar, weshalb der Gutachter auf die korrekten Angaben des Exploranden angewiesen sei. Im Falle des Beschwerdeführers müsse die Korrektheit der Angaben erheblich angezweifelt werden

(S. 101).

Der Gutachter führte aus, dass beim Beschwerdeführer eine komorbide Störung mit einer im Vordergrund stehenden kombinierten Persönlichkeitsstörung vorliege, die aufgrund einer reduzierten Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie wegen Anpassungsschwierigkeiten und damit einhergehend reduzierten Ressourcen/Bewältigungsstrategien bereits in der Vergangenheit im Hinblick auf einen adäquaten Umgang mit Konfliktsituationen zu wiederholten depressiven Episoden geführt habe. Die Diagnose der Persönlichkeitsstörung ergebe sich aus der aktuellen biografischen, familiären und sozialen Exploration sowie dem präsentierten Verhalten. Ein zeitlicher Zusammenhang zwischen den akuten persönlichen und sozialen Konflikten mit dem Auftreten der jetzigen psychischen Symptome sei in der Anamnese exploriert und dokumentiert worden. Sämtliche Eingangskriterien einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien ausgewiesen (S. 101 ff.) .

Die Persönlichkeitsstörung sei im Falle des Beschwerdeführers sicher nicht gleichzusetzen mit einer mittelschweren oder gar schweren psychiatrischen Störung, welche die Handlungs- und Willensfreiheit oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien der Kategorie Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 durch seine gestörte berufliche Reintegration aufgrund interaktioneller Konflikte. Weitere Auffälligkeiten seien aus rein psychiatrischer Sicht nicht erkennbar. Der Beschwerdeführer habe sich in der Schweiz sozial integriert (regelmässige berufliche Tätigkeit, keine juristischen Konflikte, keine schweren psychopathologischen Störungen mit Behandlung, keine Suchterkrankung). Gesamthaft könne somit eine (maximal) leichte Ausprägung der Störung angenommen werden (S. 105 f.) , die einen kaum relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von allenfalls 20 % begründe (S. 119).

Auf dem Boden der kombinierten Persönlichkeitsstörung sei es in der Vergangenheit insbesondere in schwierigen Lebenssituationen und Krisen zur Entwicklung von rezidivierenden depressiven Episoden gekommen. Im jetzigen Zeitpunkt könne beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien der ICD-10 allenfalls eine leichte depressive Episode objektiviert werden (S. 106 und 108). Es bestehe eine nachgewiesene mangelnde Compliance im Hinblick auf die Einnahme der verordneten Psychopharmaka. Ein erheblicher Leidensdruck aufgrund der depressiven Episode sei nicht erkennbar. Von einer Therapieresistenz oder Chronizität , wie durch die Behandler beschrieben, könne nicht gesprochen werden (S. 117 f.) .

Zudem könne vor dem Hintergrund der schulischen, beruflichen sowie biografischen Exploration allenfalls von einer leicht ausgeprägten ADHS im Erwachsenenalter ausgegangen werden, die keine Auswirkung auf die Ausbildungsfähigkeit gehabt habe und sich bis jetzt nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Von einer ausgeprägten Desorganisation des Beschwerdeführers könne nicht gesprochen werden (S. 115 oben).

Die diagnostischen Kriterien einer Erkrankung aus dem Bereich der Autismus-Spektrum-Störung, wie von den Behandlern neuerlich diagnostiziert, seien aufgrund der Würdigung der Informationen aus der Versicherungsakte und dem klinisch gewonnenen Eindruck nicht ausgewiesen (S. 119 ff.). Auch der Diagnose von Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10: F42.2) könne nicht gefolgt werden (S. 122 ff.). Der Beschwerdeführer habe verschiedene Beschwerden vorgebracht, z.B. immer das Gleiche zu essen. Er ertrage das Schwitzen der Haut nicht und müsse deswegen im Sommer besonders häufig duschen. Er ertrage keine Knöpfe, weshalb er keine Hemden trage und habe eine Phobie gegen Partys, da er keine alkoholisierten Menschen ertrage. Die Kleidung erfolge immer nach dem gleichen Prinzip, T-Shirt, Jeans und Sneaker. Diese Beschwerden seien jedoch mit der Diagnose einer Zwangsstörung nicht vereinbar.

Die Präsentation einer erheblichen Behinderung («ich kann überhaupt nicht arbeiten») stehe nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel (S. 116 f.). Mit Verweis auf die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung bestehe offensichtlich ein Rentenbegehren (S. 117 unten).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Innovationsmanager bei vollem Rendement zu 60 % arbeitsfähig sei. Nach Anpassung der psychopharmakologischen Behandlung und Remission der depressiven Episode sei spätestens ab 1. April 2022 von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % auszugehen bezogen auf ein Arbeitspensum von 100 %. In einer dem Leiden optimal angepassten Tätigkeit bei einem Arbeitgeber mit konfliktarmem Arbeitsumfeld und ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit voraussetzen, sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsfähig (S. 126 f.). Beim Beschwerdeführer lägen folgende psychosoziale Faktoren vor: Migrationshintergrund, Probleme am Arbeitsplatz, drohende Kündigung, keine ausreichenden Deutschkenntnisse. Diese Faktoren seien bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausgeschlossen worden (S. 130).

### **E. 3.5**

Am 4. April 2022 attestierten die behandelnden Fachpersonen des B.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer unter Hinweis auf die entsprechenden Mini-ICF-Parameter weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Sie erklärten die Aggravationstendenzen, welche Dr. A.\_\_\_\_ in seiner psychiatrischen Expertise beschrieben hatte, damit, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Asperger-Diagnose sehr sensitiv auf Belastungen reagiere. Die in der neuropsychologischen Untersuchung beschriebene Aggravationstendenz möge darauf zurückzuführen sein, dass der Beschwerdeführer in den beschriebenen Sitzungen seine normalerweise in Gesellschaft konstant eingesetzten Kompensationsstrategien im Zusammenhang mit dem Asperger-Syndrom bewusst nicht angewendet habe, um ein möglichst klares Bild seiner Einschränkungen zu liefern (Urk. 19/71).

### **E. 3.6**

Am 2. Mai 2022 führte n

Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. sc. hum. D.\_\_\_\_ aus, dass die von den Behandlerinnen beschriebene grosse Verunsicherung und Überforderung des Beschwerdeführers als Grund für die diskrepanten und inkonsistenten Äusserungen während der Begutachtung in eklatanter

Weise dem Auftreten und Agieren ihnen und der Versicherung gegenüber widersprechen würden. Auch dem Erklärungsversuch im Zusammenhang mit dem Verhalten anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung könne aus den im Gutachten angeführten Gründen nicht gefolgt werden. Dem Bericht der Behandlerinnen vom 4. April 2022 (E. 3.5) liessen sich keine neuen objektiven Befunde und Tatsachen entnehmen, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erlauben würden, weshalb an der Beurteilung im Gutachten vom 21. Dezember 2021 (E. 3.4) festgehalten werde (Urk. 19/73).

### **E. 3.7**

Am 23. Juni 2022 berichteten die behandelnden Fachpersonen des B.\_\_\_\_, dass sich das depressive Zustandsbild des Beschwerdeführers seit ihrer letzten Berichterstattung verschlechtert habe und stellten zusätzlich die Diagnose ICD-10: Z.73 «Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung» (Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional-instabilen und zwanghaften Anteilen). Zur Medikation führten sie an, dass in der Vergangenheit verschiedene Behandlungsversuche unternommen worden seien. Unter Fluoxetin bis Oktober 2021 hätten sich zwar die Zwangssymptome und insbesondere die Suizidgedanken gut gebessert, der antidepressive Effekt sei jedoch gering gewesen. Zwischenzeitlich sei das Medikament abgesetzt und im März 2022 wiedereingesetzt worden, worauf es zu einer Antriebshemmung gekommen sei, weswegen es erneut abgesetzt worden sei. Es hätten zahlreiche weitere medikamentöse Therapieversuche stattgefunden mit Trimipramin, Trittico, Medikinet, Concerta, Sequase, Seroquel, Cipralex, Stilnox Retard, Zolpidem und Temesta. Diese Therapieversuche seien allesamt aufgrund mangelnder Wirksamkeit oder starker Nebenwirkungen wieder gestoppt worden.

Trotz therapeutischer Begleitung sowie grosser Bemühungen seitens des Beschwerdeführers und seines Arbeitgebers hinsichtlich Arbeitsplatz-Anpassungen sei es im Jahr 2020 zu einer erneuten psychischen Destabilisierung gekommen. Seither sei der Beschwerdeführer arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit habe auch durch eine teilstationäre Behandlung nicht erhöht werden können. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Symptomatik mit u.a. ausgeprägten Schlafstörungen und zugrundeliegendem Asperger-Syndrom und ADHS sowie akzentuierter Persönlichkeitsstruktur und komorbid mehreren affektiven und neurotischen Störungen sei trotz mehrjähriger intensiver Therapie und vieler Ressourcen (u.a. sehr hohe Intelligenz) von einer ungünstigen Prognose auszugehen.

Ob die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne, könne nicht eindeutig beantwortet werden. Die Fachpersonen stellten verschiedene Optionen in den Raum, gaben aber zu bedenken, dass der Beschwerdeführer medikamentösen Behandlungsversuchen aufgrund der negativen Vorerfahrungen mit grosser Angst begegne. Aus psychiatrischer Sicht sei ein ausreichender psychotherapeutischer Effekt beim bisherigen Therapieverlauf und den unternommenen Behandlungsversuchen fraglich. Für die zugrundeliegende Asperger- und Persönlichkeitsproblematik sei eine Medikation nicht effektiv (Urk. 19/79).

### **E. 3.8**

Im Bericht vom 12. Oktober 2022 (Urk. 19/107) über die neuropsychologische Untersuchung am Universitätsspital E.\_\_\_\_ vom 22. bis 29. September 2022 auf Zuweisung des B.\_\_\_\_ führten die involvierten Fachpersonen aus, dass die Kriterien für eine leichtgradig ausgeprägte Autismus-Spektrum-Störung ohne Intelligenzminderung und ohne sprachliche Einschränkungen nach ICD-11 und DSM-5 erfüllt seien, wobei der

Beschwerdeführer im Vergleich mit anderen Menschen im Autismus-Spektrum sicherlich über eher gute Fähigkeiten im Bereich der sozialen Kognition verfüge.

Bei der fundierten Persönlichkeitsdiagnostik mittels Fragebogen und im auf den Fragebogen bezogenen ausführlichen Interview habe sich Folgendes gezeigt: Die Cut-off-Werte seien in den Kategorien «Selbstunsicher-Vermeidend», «Schizotyp» und «Depressiv» überschritten worden, wobei die schizotypen Merkmale im Gegensatz zu den anderen subjektiv nicht zu einem erheblichen Leidensdruck führten. In einem Fragebogen zur Überprüfung der Ausprägung von potentiell autistischen Symptomen sei der Gesamtpunktwert sehr hoch gewesen, was auf eine autistische Symptomatik

verweise. Autistisch-detailorientiert sei die Art und Weise gewesen, wie der Beschwerdeführer die Fragebögen ausgefüllt habe. Er habe dafür viel Zeit benötigt und habe diese nicht wie gewünscht am ersten Tag der Sitzung in einem durchschnittlichen Zeitrahmen ausfüllen können. Er habe Aussagen wortwörtlich genommen und es seien ihm Kritikpunkte zur Konstruktion der Items aufgefallen. Es sei ihm schwergefallen, bestimmte Aspekte generell und losgelöst von einem spezifischen Kontext zu betrachten.

Ein vom Beschwerdeführer vorgelegtes Originaldokument von 1994 über das Resultat einer ausführlichen Testung mittels einer Testbatterie zur Messung verschiedener Intelligenzbereiche habe eine überdurchschnittliche verbale Intelligenz mit Schwierigkeiten in einem non-verbale(n) Untertest gezeigt. Dieses Dokument verweise darauf, dass Auffälligkeiten bereits in der Schulzeit bzw. Jugend vorhanden gewesen seien. Angesichts dieser Abklärung und der Anamnese (im Vorschulalter bereits gelesen und Klavier gespielt) sei von einer Hochbegabung im sprachlichen und musischen Bereich auszugehen. Im psychiatrischen Gutachten von Dr. A. \_\_\_ werde auf einen sprachfreien Intelligenztest verwiesen. Ein einzelner sprachfreier Test lasse keine verlässlichen Rückschlüsse auf eine intellektuelle Begabung im verbalen Bereich zu und schliesse eine Hochbegabung nicht aus.

Im Kontext von Ingenieuren dürften autistische Eigenarten wie die Neigung zur Systematisierung und Kategorisierung, eine Detailorientierung sowie ein Spezialinteresse von grossem Vorteil sein und zu guten Leistungen beitragen. Die autistischen Symptome hätten sich beim intellektuell begabten Beschwerdeführer erst dann als sehr problematisch herausgestellt, als die sozialen beruflichen Anforderungen gestiegen seien. Der Beschwerdeführer habe glaubhaft und detailreich geschildert, wie sein beruflicher Aufstieg mit höheren Anforderungen an seine sozialen Fähigkeiten und exekutiven Funktionen (Prioritäten setzen, kognitive Flexibilität und Umstellfähigkeit) einhergegangen sei. Als Ingenieur mit Führungsverantwortung und der Aufgabe, politische und soziale Interessen zu befriedigen, könnten autistische Eigenschaften wie eine reduzierte kognitive Empathie, eigene Emotionen adäquat zu äussern, hohe moralische Vorstellungen und die genannten exekutiven Funktionen durchaus eine schwerwiegende Beeinträchtigung in vielen Lebensbereichen darstellen, so insbesondere im beruflichen Kontext. Laut seiner Ergotherapeutin, welche ihn im Alltag begleite, leide der Beschwerdeführer nach sozialen Anlässen zu Hause unter «Shutdowns». Mehrfach seien in Vorberichten Probleme, flexibel zu reagieren, beschrieben worden, so auch im Gutachten von Dr. A. \_\_\_. Der Beschwerdeführer sei sich seiner autistischen Eigenarten bis 2018 nicht bewusst gewesen. So habe er autistische funktionale Emotionsregulationsstrategien wie bestimmte Stimmungs-Varianten oder Rückzugstendenzen vor seinem ersten Burnout unterdrückt und sich für seine Impulse geschämt und gescholten. Dank seiner intellektuellen Fähigkeiten sei

der Beschwerdeführer über viele Jahre in der Lage gewesen, sehr viele Gedankengänge und Verhaltensanalysen in kurzer Zeit zu machen und so seine autistischen Eigenarten zu maskieren und zu kompensieren. In Gesprächen denke er an zig Aspekte (viele davon seien irrelevant für die Aufgabe), ordne, kategorisiere, versuche zu interpretieren und sei so sicherlich immer wieder unaufmerksam und erschöpft. Aus den Befunden, der Verhaltensbeobachtung sowie einer unauffälligen Beschwerdevalidierung und unter Berücksichtigung der von Dr. A. \_\_\_ aufgeführten Vorberichte hätten sich keinerlei Hinweise auf Inkonsistenzen ergeben bzw. darauf, dass die beschriebenen Symptome als nicht-authentisch und die Befunde als nicht valide zu beurteilen seien.

Die Fachpersonen empfahlen eine fundierte neuropsychologische Verlaufsuntersuchung mit genauer Beurteilung von Teilleistungsstärken und -schwächen mittels einer umfassenden Batterie zur Messung des Intelligenzquotienten. Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sei aktuell nicht mehr oder zumindest nicht vollständig gegeben. Wie hoch die Arbeitsunfähigkeit sei, könne von den behandelnden Fachpersonen am besten eingeschätzt werden, da diese den Beschwerdeführer im Verlauf beobachten könnten. Auf jeden Fall sollte eine IV-gestützte berufliche Wiedereingliederung mit intensivem Jobcoaching erfolgen, bei welcher die ASS berücksichtigt werde. Zu vermeiden seien Tätigkeiten, die unter Zeitdruck und in auditiv-reizintensiver Umgebung ausgeführt werden müssten, sowie Aufgaben, die eine hohe Flexibilität und eine hohe Dichte an wechselseitigen, eher dynamischen sozialen Interaktionen mit wenig vertrauten Personen aufwießen. Es sei zu bedenken, dass der Beschwerdeführer für seine Anpassungsleistungen im Beruf und Alltag einen hohen Preis zahle und z.B. laut seiner Ergotherapeutin und seinen eigenen Angaben nach der Arbeit oder nach sozialen Interaktionen meist völlig erschöpft sei und stundenlang schlafen müsse.

### **E. 3.9**

In ihrer medizinischen Stellungnahme vom 27. Januar 2023 (Urk. 19/108) führten die behandelnden Fachpersonen des B. \_\_\_ aus, dass sie zwar als Therapeutinnen keine gutachterliche Funktion übernehmen könnten. Dennoch sei ihnen durch die lange Therapie-Kontinuität eine Beurteilung über den Langzeitverlauf möglich, was in einer gutachterlichen Situation nicht möglich sei. Aus ihrer Sicht sei mit Verweis auf den Bericht des E. \_\_\_ vom 12. Oktober 2022 (E. 3.8) die Widerlegung der Diagnosen der Vorbehandler durch den Gutachter Dr. A. \_\_\_ nicht nachvollziehbar. Auch sie seien der Ansicht, dass der Beschwerdeführer über Fähigkeiten in der sozialen Kognition verfüge. Durch das Asperger-Syndrom bedingte Einschränkungen seien vor allem durch seine hohe Intelligenz und durch sein sehr gut erlerntes Kompensationsverhalten klinisch teilweise vermeintlich gering ausgeprägt.

Während der sieben Jahre Behandlung habe der Beschwerdeführer partizipativ und proaktiv verschiedene Massnahmen umgesetzt, u.a. langjährige ergotherapeutische Intervention, Begleitung durch einen Sozialarbeiter, Schlaflabor, stationäre und ambulante Psychotherapie (Einzel- und Gruppensetting). 2016 hätten sie den Beschwerdeführer während seines beruflichen Wiedereinstiegs nach der damaligen schweren depressiven Episode begleitet und trotz diverser therapeutischer Anstrengungen gesehen, dass sich sein Zustandsbild und sein Funktionsniveau bis zum heutigen Zeitpunkt sukzessive verschlechtert hätten. Nach dem gescheiterten Eingliederungsversuch 2017 habe sich klar eine zugrundeliegende Entwicklungsstörung im Sinne eines Asperger-Syndroms diagnostizieren lassen, die es dem Beschwerdeführer zusammen mit den bekannten Komorbiditäten

verunmögliche, sich in einem angestammten beruflichen Setting erneut zu etablieren. Die enorme Anpassungsleistung, die er in den Jahren zuvor geleistet habe und die ihn überfordert und erschöpft habe, sei ursächlich für die Dekompensation im Jahr 2016. Die Wiedereingliederung und die damit verbundenen Stressoren hätten 2020 zum Krankheitsrezidiv geführt. Es liege eine gleichmässige Einschränkung des Funktionsniveaus in mehreren Lebensbereichen vor. Aktuell bestehe eine schwere Beeinträchtigung für die Planung und Strukturierung von Aufgaben. Der Beschwerdeführer sei auf die Unterstützung von Dritten angewiesen. Dies gelte insbesondere für die Durchführung geplanter Tagesabläufe. Termine würden nur unregelmässig wahrgenommen und kurzfristig abgesagt. Aus den gleichen Gründen bestehe eine mittelschwere bis schwere Beeinträchtigung in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Die Durchhaltefähigkeit sei aufgrund von ausgeprägten Schlafstörungen, Konzentrationsminderung, Aufmerksamkeitsdefizit, Antriebshemmung und innerer Unruhe schwer eingeschränkt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt, da der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, für seine Meinung und Überzeugungen einzustehen, ohne soziale Normen zu verletzen. Dies habe sich auch in der Interaktion mit dem Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ gezeigt. Die Konfliktfähigkeit zu Dritten sei mittelgradig beeinträchtigt. Dem Beschwerdeführer sei es aktuell weniger möglich, auf Bewältigungsstrategien zurückzugreifen. Ängste und Unsicherheiten seien sehr stark, was dazu führe, dass er Kontakte zu Dritten vermeide. Es komme immer wieder zu einem Gefühl von Misstrauen und Nicht-Verstanden-Werden. Dies auch im therapeutischen Kontext. Aus dem gleichen Grund sei auch die Gruppenfähigkeit eingeschränkt. Wegen Erschöpfung und Antriebsminderung seien Spontanaktivitäten schwer beeinträchtigt. Die Verkehrsfähigkeit sei aufgrund von Angst, innerer Unruhe und Antriebshemmung mittelgradig beeinträchtigt. Wie schon in der Vergangenheit seien auch aktuell Suizidgedanken und Hoffnungslosigkeit wiederkehrende Therapieinhalte.

Zurzeit sei der Beschwerdeführer aus den genannten Gründen aus psychiatrischer Sicht nicht in der Lage, eine angepasste Tätigkeit aufzunehmen. Die Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit könne zu einem späteren Zeitpunkt möglicherweise 20 % betragen. Eine Anstellung im geschützten Arbeitsmarkt oder als Peer für Autismus-Betroffene könnte ein längerfristiges Ziel sein.

### **E. 3.10**

In seiner Stellungnahme vom 13. März 2023 (Urk. 19/112/4-7)

empfahl RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ abzustellen. Er wies auf erhebliche Diskrepanzen und Inkonsistenzen während der psychiatrisch-gutachterlichen Untersuchung hin und hielt fest, es sei von einer ausgeprägten Aggravation auszugehen. Ferner hielt er fest, dass die Diagnosekriterien für ein Asperger-Syndrom und eine Zwangsstörung, wie von den Fachpersonen des B.\_\_\_\_ diagnostiziert, nicht erfüllt seien. Ebenso wenig könne der Schweregrad der depressiven Symptomatik nachvollzogen werden. Der Arztbericht sei angesichts der gutachterlichen Beurteilung nicht verwertbar. Auch der neuropsychologische Bericht des E.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2022 sei aufgrund fehlender Beschwerdevalidierung und fehlender Angaben zur Arbeitsfähigkeit nicht verwertbar.

### **E. 3.11**

In ihrer Stellungnahme vom 8. Juni 2023 (Urk. 7) hielten die Fachpersonen des B.\_\_\_\_ fest, dass es in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zulässig sei, die Diagnosen einzeln zu bewerten, sondern es bedürfe einer gesamt heitlichen Einordnung. ADHS und Asperger-Syndrom seien Risikofaktoren für negative soziale Konsequenzen und durch die jeweilige Erfahrung des «Anders-Seins» Anfälligkeitsfaktoren für dysfunktionale Kognitionen. Die Komorbidität verstärke die Symptomlast; die negativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden sich summieren. Zusätzlich sei die Kindheit des Beschwerdeführers gekennzeichnet gewesen durch körperliche, verbale und nonverbale emotionale Gewalt durch die Eltern, sowie emotionale Vernachlässigung und bezugte Gewalt an Geschwistern. In der Schulzeit habe der Beschwerdeführer körperliche und emotionale Gewalt durch Gleichaltrige erlebt. Diese Erfahrungen hätten bei ihm zu starken Problemen der Selbstannahme und der Selbstwertregulation geführt. Vor diesem Hintergrund habe sich eine Persönlichkeitsproblematik entwickelt. Inwiefern diese einer Persönlichkeitsstörung zuzuordnen sei, sei zusammen mit dem Asperger-Syndrom und de r ADHS schwer zu differenzieren. In jedem Fall würden diese Störungen den Behandlungserfolg der Komorbiditäten und die Arbeitsfähigkeit limitieren. Sie würden sich gegenseitig ungünstig auswirken, da der Zugriff auf funktionale Copingstrategien erheblich erschwert sei. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund des labilen Zustandsbilds schwer einzuschätzen. Vorrangig wäre zunächst eine Prüfung der Belastbarkeit in Form eines Belastbarkeitstrainings. Auf die Frage nach Diskrepanzen und Aggravation führten die Fachpersonen aus, dass sich in ihren zahlreichen Gesprächen seit 2017 aus den anamnestischen Berichten des Beschwerdeführers, aus den Berichten externer Fachpersonen und aus dem Verhalten des Beschwerdeführers ein konsistentes Bild erschlossen habe ohne Hinweise auf Aggravation. Aus psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass sich der autistische, traumatisierte Beschwerdeführer katalanischer Muttersprache mit der beschriebenen bekannten psychiatrischen Symptomatik in einer ihm unvertrauten Gutachtenssituation gestresst und unwohl gefühlt habe und interaktionell gehemmt, überfordert und kognitiv blockiert gewesen sei.

Das gutachterlich beobachtete Kratzen und die psychomotorische Unruhe seien der Anspannung und Nervosität zuzuschreiben. Diesem Umstand habe der Gutachter keinerlei Rechnung getragen und dem Beschwerdeführer «theatralisches» Verhalten unterstellt.

### **E. 3.12**

In seiner Stellungnahme vom 28. September 2023 (Urk. 18) empfahl RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ wiederum auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ abzu stellen. Bei der abweichenden Einschätzung durch die behandelnden Fachpersonen handle es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts.

### **E. 4.1**

Zwischen dem vom Krankentaggeldversicherer beauftragten Dr. A.\_\_\_\_ und den behandelnden Fachpersonen am B.\_\_\_\_ bestehen unterschiedliche Auffassungen bezüglich Diagnosestellung und Umfang der dem Beschwerdeführer zumutbaren Arbeitstätigkeit.

Dr. A.\_\_\_\_

diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, im Gutachtenszeitpunkt am 21. Dezember 2021 leichter Episode, sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit zwanghaften sowie paranoiden

Persönlichkeitszügen, währenddem er der diagnostizierten ADHS keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass (E. 3.4) . Er erachtete den Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig, nach Anpassung der psychopharmakologischen Behandlung ab spätestens 1. April 2022 als zu 80 % arbeitsfähig. In optimal angepassten Tätigkeiten in konfliktar mem Umfeld und ohne hohe Anforderungen an Anpassungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit attestierte er dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähig keit von 80 % .

Die Fachpersonen des B.\_\_\_\_ diagnostizierten demgegenüber neben einer Early Life Stress plus, einer nichtorganischen Insomnie sowie Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung als Hauptdiagnosen eine mittelgradige depressive Episode, eine ADHS und eine leichtgradige Autismus-Störung im Sinne eines Asperger-Syndroms (E. 3.1 und E. 3.7). Insbesondere die Diagnose eines Asperger-Syndroms bestätigten sie in ihrer Stellungnahme vom 27. Januar 2023 (E. 3.9) mit Verweis auf die entspre chenden Abklärungsresultate der neuropsychologischen Untersuchung im E.\_\_\_\_ (E. 3.8).

Sie führten am 27. Januar 2023 (E. 3.9) aus , dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht aktuell nicht in der Lage sei, eine angepasste Tätigkeit aufzunehmen; zu einem späteren Zeitpunkt sei möglicherweise eine Arbeitsfähig keit von 20 % denkbar. Sie wiesen darauf hin, dass längerfristig eine Anstellung im geschützten Arbeitsmarkt oder als Peer für Autismus-Betroffene ein Ziel sein könnte. In ihrer späteren Stellungnahme vom 8. Juni 2023 wiesen sie darauf hin, dass die Arbeitsfähigkeit schwer zu beurteilen sei und am ehesten im Rahmen eines Belastbarkeitstrainings geprüft werden müsste.

Während Dr. A.\_\_\_\_ von einer medikamentösen Behandlung eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 60 auf 80 % erwartete, gingen die behandelnden Fachpersonen davon aus, dass ein Grossteil der psychophar makologischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft und der psychothera peutische Effekt angesichts des bisherigen Therapieverlaufs fraglich sei; zudem sei die Asperger- und Persönlichkeitsproblematik keiner Medikation zugänglich.

Mit diesen beiden unterschiedlichen medizinischen Beurteilungen, die beide nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG erstellt wurden und anhand derer auch kein strukturiertes Beweisverfahren möglich ist, da sie sich nicht zu den rechtserheb lichen Indikatoren äussern (E. 1.3), besteht ein Expertenstreit über die beim Beschwerdeführer vorliegenden Diagnosen , die noch vorhandenen Therapieoptionen und - was vorliegend insbesondere relevant ist (E. 1.3) - über die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit.

Die Stellungnahmen des RAD helfen bei der Entscheidung, auf welche der beiden Beurteilungen abzustellen ist, nicht weiter. In diesen wird lediglich wiederholt angeführt, dass die Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ die richtige und diejenige der behandelnden Fachpersonen un zutreffend sei, aber ohne dies anhand einer medizinischen Wertung der vorhandenen Befunde zu begründen (vgl. E. 1.6) .

Ebenso wenig finden sich Erläuterungen dazu, weshalb mit Dr. A.\_\_\_\_ von einer Aggravation auszugehen sei und die ausführli chen Erklärungen der behandelnden Fachpersonen zu dieser Thematik unzutref fend seien. Auch das vom RAD-Arzt angeführte Argument, dass es sich bei der Einschätzung durch die behandelnden Fachpersonen lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handle, weshalb auf die Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ abzustellen sei, ist im vorliegenden Zusammenhang nicht zielführend . Gerade wenn zwei divergierende Einschätzungen vorliegen, ist es die Aufgabe

des RAD , dem medizinischen Laien aufzuzeigen, weshalb der einen oder anderen Auffassung zu folgen ist. Im Verfahren der Invalidenversicherung kann nicht sozusagen automatisch auf ein Gutachten abgestellt werden, das für den Krankentaggeldversicherer erstellt wurde. Vielmehr sind bei auch nur geringen Zweifeln , welche sich - wie hier - etwa durch ausführlich begründete Stellungnahmen der behandelnden Fachpersonen ergeben können ,

ergänzende Abklärungen zu treffen (E. 1.7). Vorliegend lassen insbesondere die differenzierte Herleitung der Diagnosen durch die behandelnden Fachpersonen und die diesbezüglichen Abklärungen im E. \_\_\_ zumindest daran zweifeln, ob die abweichende Diagnosestellung von Dr. A. \_\_\_ zutrifft. Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. A. \_\_\_ ist nicht ohne Weiteres plausibel. So erachtete er den Beschwerdeführer in angestammter Tätigkeit unter Beachtung der entsprechenden Medikation als zu 80 % arbeitsfähig, ohne sich zu den bisher gescheiterten Therapieversuchen zu äussern. Gleichzeitig erstellte er für eine angepasste Tätigkeit ein doch erheblich eingeschränktes Anforderungsprofil und attestiert e in dieser dennoch noch eine um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit , womit nach seiner Auffassung für die angestammte und eine angepasste Tätigkeit nach medikamentöser Therapie von der gleichen Arbeitsfähigkeit auszugehen wäre . An der Richtigkeit seiner Einschätzung bestehen damit Zweifel, die vorliegend ohne weitere Abklärungen nicht ausgeräumt werden können.

Genauso wenig lässt sich der Leistungsstreit aber gestützt auf die Berichte der behandelnden Fachpersonen des B. \_\_\_ entscheiden. Da sich diese in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands und erfüllen wie gesehen nicht die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein Gutachten. Insbesondere erschliesst sich ohne weitere Begründung nicht, wieso der Beschwerdeführer, der mehrere Jahre in der angestammten Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt funktionieren konnte, in einer angepassten Tätigkeit lediglich noch zu 20 % arbeitsfähig sein und gar der geschützte Arbeitsmarkt das Ziel sein soll. Zuletzt liessen die Fachpersonen die konkrete Belastbarkeit gar offen und empfahlen ein Belastbarkeitstraining zur Abklärung der Leistungsfähigkeit. Aus diesen Gründen kommt eine Leistungszusprache einzig gestützt auf ihre Angaben vorliegend nicht in Frage (Urteil des Bundesgerichts 8C\_216/2009 vom 28.

Oktober 2009 E.

4.5).

#### **E. 4.2**

Ob die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts

durch

Dr. A. \_\_\_ oder diejenige durch die behandelnden Fachpersonen des B. \_\_\_ zutrifft , lässt sich damit

- auch unter Berücksichtigung der RAD-Stellungnahme - aus juristischer Sicht

im Rahmen der Beweiswürdigung nicht entscheiden , vielmehr erscheinen beide Meinungen nicht widerspruchsfrei und schlüssig, weshalb die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Abklärungen hätte treffen müssen. Die Sache ist deshalb an sie

zurückzuweisen, damit sie ein medizinisches Gutachten nach Art.

44 ATSG einhole und hernach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. In diesem Sinn ist die Beschwerde gutzuheissen.

### **E. 5.1**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis).

### **E. 5.2**

Da es im vorliegenden Verfahren 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. 800.-- festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.3**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung zu, welche mit Fr. 1'000.-- festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

### **E. 7**

00.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis - 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 Lanzicher

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