

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00321 vom 29. Februar 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00321

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00321 du 29 février 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00321 del 29 febbraio 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1970, war von Oktober 2021 bis zur Auflösung des Arbeitsverhältnisses per

E. 1.1

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen 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 ebenfalls frühestens ab diesem Datum in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

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 aus schliesslich 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

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.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid fest, gemäss den vorliegenden medizinischen Berichten sei der Beschwerdeführer seit März 2022 aus psychischen Gründen krankgeschrieben gewesen. Die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen begründeten jedoch keine längerdauernde oder eine invalidisierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es bestehe daher kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung

(Urk. 2 S. 1). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, nach dem Bericht von Dr. med.

Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie,

vom 5. Juni 2023 sei er nach wie vor zu 100 % krankgeschrieben. Die Psychiaterin gehe darin auf sein Bestreben ein, andere beeindrucken zu wollen und sich positiv darzustellen. Dies sei auch gegenüber der Gutachterin erfolgt (Urk. 1 S. 1). Deren Beschreibung weiche deutlich von seiner persönlichen Selbstwahrnehmung und seinem Erleben der Untersuchung ab (S. 2). 2.3

Die Beschwerdegegnerin führte in der Vernehmlassung ergänzend aus, nach dem Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterin vom 5. Juni 2023 befinde sich der Beschwerdeführer seit der Beendigung der stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik A.____ bei ihr in ambulanter Behandlung. Diese beinhalte wöchentliche psychotherapeutische Einzelsitzungen und eine Psychopharmakotherapie. Nach der Regulation des Schlafes und gradueller Stabilisierung der Stimmung hätten weiterhin ein hohes Spannungsniveau mit motorischer Unruhe, wiederholte depressive Einbrüche, Reizbarkeit, Wut, Kränkung, Scham, starke Selbstzweifel sowie eine r

Antriebsminderung bestanden. Eine posttraumatische Belastung mit Flashbacks, Albträumen und Triggerrung von psycho-vegetativen Paniksymptomen sei nicht auszuschliessen. Zudem habe sich ein Verdacht auf ein e

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bestätigt (Urk. 9 S. 2 Ziff. 2). Nach der vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen Abklärung vom 24. Januar 2023 lasse sich zusammenfassend unter Berücksichtigung der verminderten psychophysischen/-emotionalen Gesamtbelastbarkeit eine insgesamt leichte bis mittelschwere Leistungsminde rung objektivieren. Für die im angestammten Beruf gestellten Anforderungen liessen sich leichte und vereinzelt mittelschwere Einschränkungen der kognitiven Belastbarkeit, der kognitiven Flexibilität und der Fehlerkontrolle ableiten (objektives Leistungspotential). Die normativ-/ressourcenorientierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ergebe für die Tätigkeit als Executive Partner eine Einschränkung von 30-40 % des arbeitsbezogenen Funktionspotentials. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % dauere längstens vier Wochen. Danach sei eine graduelle Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis zum Erreichen des angestammten Pensums zu erwarten. Es sei von einer Erholung und Verbesserung innerhalb von sechs bis acht Wochen auszugehen (S. 2 Ziff. 3).

Gemäss der Stellungnahme des RAD vom 4. September 2023 sei ein die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkender Gesundheitsschaden nicht mit überwiegen der Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Im Schreiben der Sozialarbeiterin der Klinik A.____ vom 26. September 2022 werde von einer ursächlichen Arbeitsbelastung und dem Konflikt mit einem Vorgesetzten berichtet. Im Bericht vom 17. Oktober 2022 werde eine berufliche Belastungssituation diagnostisch eingeordnet. Gemäss Dr. Z.____ sei die Arbeitsunfähigkeit nach der Kündigung des Arbeitsverhältnisses eingetreten. Die Diagnose einer ADHS erscheine in Anbetracht des Lebenslaufes des Beschwerdeführers als im 53. Lebensjahr in Erscheinung getretene Erkrankung nicht wahrscheinlich. Die Störung mache sich gewöhnlich bereits im Kindes- und Jugendalter beeinträchtigend bemerkbar. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei vorliegend von einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion auszugehen (S. 3 Ziff. 5). 2.4

Streitig und zu prüfen ist, ob ein Leistungsanspruch, insbesondere ein Rentenanspruch (vgl. Urk. 11/15/1), besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob auf die vorliegenden ärztlichen Berichte abgestellt werden kann oder ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich sind.

E. 3

1. August 2022 als Executive Partner und Head Financial Services bei der Y.____ angestellt (Urk. bbbbbb 11/4 Ziff. bbb 5.4; Urk. 11/15 S. 2 Ziff. 2). Der Versicherte meldete sich am 26. Oktober 2022

unter Hinweis auf eine schwere Erschöpfungsdepression mit Angststörung, ausgelöst durch den Konflikt mit einem Vorgesetzten bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/4 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 11/10, Urk. 11/11, Urk. 11/18) zum Verfahren bei und tätigte berufliche Abklärungen (Urk. 11/15-16). Mit Vorbescheid vom 11. April 2023 (Urk. 11/20) stellte sie die Abweisung des Leistungsgesuches in Aussicht.

Mit Verfügung vom 26. Mai 2023 (Urk. 11/21 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung. 2.

Der Versicherte erhob am 10. (Poststempel vom 12.) Juni 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Mai 2023 (Urk. 2). Sinngemäss ersuchte er um die erneute Prüfung seines Leistungsgesuches und um die Zusprache einer Invalidenrente (Urk. 1). Aufforderungsgemäss (vgl. Urk. 4) reichte er dem Gericht am 26. (Poststempel vom 28.) Juni 2023 die eigenhändig unterzeichnete Beschwerdeschrift (Urk. 6) mit Akten (Urk. 7) ein.

Der Krankentaggeldversicherer verneinte mit Schreiben an den Beschwerdeführer vom 3. Juli 2023 eine Arbeitsunfähigkeit ab dem 18. März 2022 (Urk. 11/24/2-3).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. September 2023 (Urk. 9) die Abweisung der Beschwerde. Zudem reichte sie eine Stellungnahme ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 4. September 2023 (Urk. 10) ein. Mit Verfügung vom 11. September 2023 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 12). Innert Frist ging keine Replik ein, wovon am 23. Oktober 2023 Vormerk genommen wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. B.____, Praxis C.____, D.____ (Deutschland), nannte im Bericht vom 18. Mai 2022 (Urk. 11/10/30-31) als Diagnosen eine mit telgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10) und eine Anpassungsstörung (ICD-10 43.2). Dr. B.____ gab zur Anamnese an, der Patient habe im Oktober 2021 einen neuen Arbeitsplatz in der Schweiz angetreten. Bereits nach kurzer Zeit sei er von seinem Vorgesetzten zunehmend schlechter behandelt worden. Dieser schreie seine Mitarbeiter regelmässig an und erniedrige sie. Der Patient habe in dieser Atmosphäre zunehmend die Lebensfreude und die Leistungsfähigkeit verloren. Seit März 2022 sei er von seiner Hausärztin krankgeschrieben (S. 1 oben). Die Stimmung sei angespannt und traurig und die affektive Schwingungsfähigkeit vermindert. Weiter werde über Schlafstörungen berichtet. Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien unauffällig. Es gebe keine Hinweise auf formale oder inhaltliche Denkstörungen und keine sozialen Auffälligkeiten. Es werde eine antidepressive Behandlung und eine stationäre psychosomatische Behandlung empfohlen. Im Anschluss daran sollte dringend eine ambulante psychotherapeutische Behandlung erfolgen (S. 1 unten).

E. 3.2

Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, D.____ (Deutschland), gab im ärztlichen Zeugnis vom 2. Juni 2022 (Urk. 11/10/49) an, der Beschwerdeführer sei seit dem 29. April 2022 bei ihr in Behandlung. Das Leiden habe sich erstmals im April 2022 manifestiert (Ziff. 3-4 unten). Seit dem 29. April bis voraussichtlich 31. Juli 2022 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Die Prognose der Arbeitsfähigkeit sei derzeit nicht absehbar (Ziff. 10-11).

E. 3.3

F.____, Dipl. Sozialarbeiterin FH, Klinik A.____, gab im Schreiben vom 26. September 2022 (Urk. 11/2) an, der Beschwerdeführer sei zuletzt vom 1. Oktober 2021 bis 31. August 2022 bei der Y.____ angestellt gewesen. Er stelle hohe Ansprüche an seine berufliche Leistung und sei pflichtbewusst. Konflikte am Arbeitsplatz mit seinem Vorgesetzten und die hohe Arbeitsbelastung hätten ihm gesundheitlich zugesetzt. Die Situation habe sich immer mehr zugespitzt und er habe psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch genommen. Er sei seit Mai 2022 krankgeschrieben.

E. 3.4

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinik A.____, berichtete am 17. Oktober 2022 (Urk. 11/11 = Urk. 11/18/37-40) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers in der Klinik A.____

vom 3. August bis 27. September 2022 (S. 1). Sie stellte folgende psychiatrische Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) vor dem Hintergrund einer beruflichen Belastungssituation und leistungsorientierter vulnerabler Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73) - psychosomatischer Symptomenkomplex (ICD-10 F45.8) aus vegetativem Arousal, Anspannungszuständen, rezidivierenden gastrointestinalen Beschwerden, stressbedingten Ekzemen und einzelnen Panikattacken (ICD-10 F45.8) - nicht organische Insomnie (ICD-10 F51.0) - Erschöpfungssymptomatik (ICD-10 Z73)

Dr. G.____ führte weiter aus, in der Behandlung sei die hohe Verausgabungsbereitschaft des Beschwerdeführers bei einer Selbstwertproblematik erkannt worden. Die Einschränkungen äusserten sich durch ein agitiertes depressives Zustandsbild mit emotionaler Erschöpfung, Depersonalisierungserleben und dem Verlust der Leistungsfähigkeit sowie durch eine hohe vegetative Komponente und konsekutive körperliche Beschwerden als auch durch Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung zur Ehefrau und Töchtern (S. 1 unten). Ausführlich seien vulnerable narzisstische Persönlichkeitszüge bei einer Selbstwertproblematik

besprochen worden und deutliche klinische Hinweise auf eine ADHS im Erwachsenenalter, welche nicht in die Diagnoseliste aufgenommen worden sei, da keine explizite Testung und keine Fremdanamnese erfolgt seien. Die Einleitung einer störungsspezifischen psychopharmakologischen Behandlung mit einer Stimulanz hätten sie medizinisch als nicht indiziert erachtet und sei auch vom Patienten nicht gewünscht gewesen (S. 2 oben). Die Selbstwertproblematik und die damit verbundenen, durch Trigger-Situationen ausgelösten krisenhaften Einbrüche hätten einen längeren stationären Aufenthalt von acht Wochen notwendig gemacht. Dies, um unter anderem ein psychodynamisches Krankheitsverständnis zu entwickeln (S. 2 Mitte). Zum Zeitpunkt des Austrittes aus der Klinik hätten keine Hinweise auf einen Wahn oder Sinnestäuschungen und auch keine Ich-Störungen oder Zwänge bestanden. Es habe eine euthyme Stimmung bei weiterhin vorliegenden Stimmungsschwankungen bestanden und durch Trigger-Situationen ausgelöste Affektstürme bei noch unzureichender Selbstberuhigungskapazität und defizitärem Selbstwernerleben. Ein- und Durchschlafstörungen seien rückläufig (S. 3 Mitte). Es werde dringend die Fortführung der ambulanten integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen, zunächst mit einer Frequenz von mindestens einmal pro Woche (S. 3 unten). Der somatische Verlauf habe gezeigt, dass sich der Beschwerdeführer insgesamt stabiler fühle. Er habe über keinerlei körperliche Beschwerden berichtet (S. 3 unten).

Bis zum 30. September 2022 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Von Seiten der Ärzte der Klinik A.____ sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 16. Oktober 2022 attestiert worden. Eine Rückkehr in die angestammten Arbeitsverhältnisse werde zum aktuellen Zeitpunkt als mit einer hohen Rückfallgefahr verbunden beurteilt. Zunächst sollte eine weitere Stabilisierung in den angestammten Verhältnissen abgewartet werden (S. 4 Mitte).

E. 5

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 20. Dezember 2022 (Urk. 11/18/22-23) zuhanden des Krankentaggeldversicherers einen Bericht über die versicherungspsychiatrische Abklärung des Beschwerdeführers vom 13. Dezember 2022.

2. Dr. H.____

gab an, im Rahmen der klinisch-phänomenologischen Momentaufnahme habe eine leichte affektbetonte Zeichnung einer dysthymen Prägung bestanden bei unauffälligem dynamischem Gesamteindruck, einem pragmatischen Kommunikationsverhalten und unauffälligen Antriebskomponenten ohne psychomotorische Hemmung. Das Denken sei formal geordnet und kohärent. Der Beschwerdeführer sehe sich subjektiv beziehungsweise nach seiner Selbsteinschätzung vorderhand als noch nicht arbeitsfähig (S. 1 unten). 3.

E. 5.1

Dr. G.____ nannte im Bericht vom 17. Oktober 2022 nach der stationären Behandlung des Beschwerdeführers in der Klinik A.____ als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode vor dem Hintergrund einer beruflichen Belastungssituation und leistungsorientierter, vulnerabler Persönlichkeitszüge, ein psychosomatischer Symptomenkomplex, eine nicht organische Insomnie und eine Erschöpfungssymptomatik (vorstehend E. 3.4).

Dr. I.____ verneinte im Gutachten vom 30. Januar 2023 (verhaltensneurologisch-leistungsspezifische Abklärung) bei einer leichtgradigen affektbetonten, dysthymen Zeichnung ein relevantes depressives Störungsbild. Die Gutachterin schloss eine depressive Störung

nach Prüfung der Kernsymptome Denken, Spontanreaktivität, pragmatisches Kommunikationsverhalten, dynamischer Gesamteindruck, psychisches Energieniveau, kognitive Umstellungsfähigkeit, emotioneller Ausdruck, Emotionsregulation und Ich-Stärke aus. Sie stellte eine Einschränkung des arbeitsbezogenen Funktionspotentials entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 30-40% in der angestammten Tätigkeit

fest. Weiter gab sie ein Verbesserungspotential an und stellte darauf ab, dass längstens für vier Wochen eine Arbeitsunfähigkeit von 100

%

bestand und innerhalb von sechs bis acht Wochen von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (E. 3.6.1 und 3.6.2).

Die behandelnde Psychiaterin Dr. Z.____ stellte im Bericht vom 5. Juni 2023 neben den bereits bekannten Diagnosen neu die Diagnose einer ADHS. Sie attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Frühestens ab August 2023 stellte sie einen beruflichen Wiedereinstieg des Beschwerdeführers mit einer Arbeitsfähigkeit von zunächst 20% und einer Arbeitsunfähigkeit von 80%

in Aussicht (E. 3.7). Der RAD der Beschwerdegegnerin bezeichnete das Vorliegen einer ADHS

für die Erklärung einer Arbeitsunfähigkeit

als nicht wahrscheinlich. Nach dessen Einschätzung lassen sich die Beschwerden vorwiegend mit der Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis im Sinne einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion erklären (E. 3.8 hiervor).

E. 5.2

Das Gutachten von Dr. I.____ beruht auf der fachärztlichen Abklärung vom 24. Januar 2023. Zudem

erfolgte eine psychiatrische Untersuchung durch Dr. H.____. Das Gutachten von Dr. I.____ und der Bericht von Dr. H.____ erweisen sich für die streitigen Belange als umfassend. Den geklagten Beschwerden wurde sodann ausreichend Rechnung getragen und die Ärzte setzten sich mit den massgebenden Vorakten auseinander. Das Gutachten von Dr. I.____ und der Bericht von Dr. H.____ vermögen sodann hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen Situation und der Schlussfolgerungen der Ärzte zu überzeugen. Die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens sind daher grundsätzlich als erfüllt anzusehen (E. 4.1).

Der Beschwerdeführer äusserte sich in einem Schreiben vom 8. Juni 2023 zum Gutachten von Dr. I.____. Er gab unter anderem an, er führe die im Gutachten angegebenen Alltagsaktivitäten nicht oder nicht überwiegend selber durch. Er habe versucht, dies in der Untersuchung klar zu machen. So gehe er selten einkaufen, da er gar nicht wisse, was er sich kaufen solle. Er esse spontan, wenn er Hunger habe. Im Bereich Büro, Administratives, Finanzen, Post etc. lasse er sich komplett helfen, da er diese Themen nicht alleine erledigen könne. Mit seiner Frau befinde er sich in einer separaten Paartherapie. Bezüglich seines Kontaktes zu den Kindern sei er sehr schnell aufbrausend und sauer. Dies habe mit seiner Dauergestresstheit und der enormen inneren Anspannung zu tun (Urk. 3/5 S. 3 f.). Er habe bei der Gutachterin einen guten Eindruck hinterlassen wollen und sich maximal angestrengt (S. 9 unten).

Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die sogenannten spontanen «Aussagen der ersten Stunde» ab, denen in beweisgemässiger Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 143 V 168 E. 5.2.2, 121 V 45 E. 2a, je m.w.H.). Auf die Angaben des Beschwerdeführers

im Schreiben vom 8. Juni 2023 kann aus diesem Grund

nicht entscheidend abgestellt werden. Zudem handelt es sich dabei um die rein subjektive Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, welcher naturgemäss nicht der gleiche Beweiswert wie einer fachärztlichen Einschätzung beigemessen werden kann.

E. 5.3

Dr. Z.____

gab im Bericht vom 5. Juni 2023 unter anderem existenzielle Ängste und eine kognitiv ausgeprägte Minderung der Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit häufigen Fehlleistungen und einer Vergesslichkeit an

(vorstehend E. 3.7), dies in Widerspruch zu den durch

Dr. I.____

erhobenen Befunden. Diese verneinte, dass in der Untersuchung Hinweise für Auffassungs-, Konzentrations-, Gedächtnis- oder Merkfähigkeitsstörungen bestanden hätten. Die Gutachterin und Dr. H.____

stellten lediglich eine leichtgradige Zeichnung dysthymen Prägung fest und verneinten davon abgesehen eine relevante depressive Störung (E. 3.5 und 3.6.1).

Bereits der Behandler Dr. B.____ hatte im Mai 2022 keine Auffälligkeiten der Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und des Gedächtnisses feststellen können (vorstehend E. 3.1) und auch Dr. G.____ konnte bei Austritt des Beschwerdeführers aus der Klinik A.____ im September 2022 keine Konzentrations-/Aufmerksamkeitsstörungen und keine Hinweise auf gravierende mnestiche Defizite erheben (vorstehend E. 3.4). Trotz der teils abweichenden Befunderhebung und unterschiedlichen Beurteilung der aktuellen Arbeitsunfähigkeit befand Dr. Z.____

die gutachterliche Testung durch Dr. I.____ als ausführlich (Urk. 3/4 S. 2) und ging wie diese von einem verbesserungsfähigen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

aus. So erwähnte sie den voraussichtlichen Beginn einer stufenweisen beruflichen Reintegration ab August 2023, zunächst mit einer Arbeitsfähigkeit von 20% (E. 3.7). Diese kann, wie von Dr. I.____ attestiert, weiter gesteigert werden.

Dr. G.____ und Dr. Z.____ stellten zwar die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Diese ist jedoch angesichts der zahlreichen diesbezüglichen Angaben in der Aktenlage (vorstehend E. 3.1, E. 3.3-3.4, E. 3.7) mit dem RAD-Arzt Dr. J.____

im Zusammenhang mit einer beruflichen Belastungssituation und dem Konflikt mit einem Vorgesetzten

zu beurteilen.

Dabei

dürfte es sich per se um eine vorübergehende gesundheitliche Einschränkung handeln. Angesichts der Symptome, die gemäss der internationalen Klassifikation psychischer Störungen für die Diagnostizierung einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt sein müssen (Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. S. 169 ff.), lassen die in den vorliegenden Berichten wieder gegebenen Befunde auf eine höchstens

leichtgradige depressive Störung oder eine Dysthymie schliessen, wobei zusätzlich ein erhebliches Verbesserungspotential beschrieben wurde. Nach der überzeugenden Einschätzung durch Dr. J.____

ist daher

vielmehr von einer Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis (Arbeitsplatzkonflikt) im Sinne einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion

auszugehen (E. 3.8). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass bereits der Behandler Dr. B.____ im Mai 2022 (wenn auch gleichzeitig mit der dadurch auszuschliessenden Diagnose einer depressiven Episode; vgl. hierzu Dilling/Mombour/Schmidt, a.a.O., S. 172) eine Anpassungsstörung diagnostizierte (E. 3.1).

Anpassungsstörungen sind nach eindeutiger medizinisch-psychiatrischer Erfahrung therapeutisch angebar.

Dr. Z.____ stellte sodann neu die Diagnose einer ADHS nach einer offenbar erfolgten Testung, deren Ergebnisse indes nicht aktenkundig sind (E. 3.7). Ein hyperkinetisches

Syndrom kann - wie

im vorliegenden Fall - erst im Erwachsenenalter festgestellt werden (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 360 unten zu ICD-10 F90). Wie RAD-Arzt Dr. J. ___ erwähnt, treten die entsprechenden Symptome jedoch in aller Regel bereits in der Kindheit und Jugend der betreffenden Person auf (E. 3.8). Vorliegend machten die behandelnden Ärzte keine Angaben, dass bereits in der Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers entsprechende Symptome vorgelegen hätten. Dr. Z. ___ legte in ihrem Bericht

zudem nicht dar, ob und inwiefern der Beschwerdeführer aufgrund einer ADHS zusätzlich und massgeblich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Dass die nunmehr im Alter von 53 Jahren gestellte Diagnose einer ADHS für die durch Dr. Z. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit ursächlich sein sollte, erscheint mit dem RAD-Arzt Dr. J. ___ als wenig wahrscheinlich. Dies bezüglich gilt es auch darauf hinzuweisen, dass Dr. G. ___ in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2022 bei deutlichen klinischen Hinweisen auf eine ADHS im Erwachsenenalter die Einleitung einer störungsspezifischen psychopharmakologischen Behandlung als medizinisch nicht indiziert betrachtete (E. 3.4).

Weiter aufgeführte Diagnosen wurden mit dem RAD-Arzt Dr. J. ___

nicht anhand von spezifischen Symptomen erläutert. Zudem gilt es festzuhalten, dass die von Dr. G. ___ und Dr. Z. ___ diagnostizierte Erschöpfungssymptomatik nach ICD-10 Z73.0 (E. 3.4 und 3.7) nicht unter den Begriff der invalidenversicherungspflichtig erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt. Die Diagnose stellt grundsätzlich keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dies gilt auch für die von Dr. Z. ___ gestellte Diagnose von akzentuierten Persönlichkeitszügen (E. 3.7), die als Z-Kodierung nicht unter den Begriff der invalidenversicherungspflichtig erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung fällt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_848/2016 vom 12. Mai 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinne sein (BGE 143 V 418 E. 5.2.2; 141 V 281 E. 4.3.1.2). Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu wie vorliegend noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Da nach den vorliegenden Arztberichten

überwiegend wahrscheinlich von einer höchstens leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann, kann auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens verzichtet werden (vgl. E. 4.3 und 4.4).

Da

von einer vorübergehenden Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion auszugehen ist, ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

E. 5.4

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint.

Der angefochtene Entscheid erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 600.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Rechtsanwalt Fabian Meyer sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grieder-Martens Brugger

E. 6

.2

Unter Berücksichtigung der verminderten psychophysischen/emotionalen Gesamtbelastbarkeit lasse sich aktuell eine insgesamt leichte bis mittelschwere Leistungsverminderung objektivieren. Medizinisch-theoretisch liessen sich eben falls leichte und vereinzelt mittelschwere Einschränkungen bezüglich der im angestammten Beruf gestellten Anforderungen an die kognitive Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität und die Fehlerkontrolle ableiten (S. 5 Ziff. 5.4). Es bestehe eine relevante Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers zur Arbeitsfähigkeit und den objektiv leicht- bis zum Teil mittelgradig leistungseinschränkenden Befunden (S. 5 Ziff. 5.5). Für die Tätigkeit als Executive Partner ergebe sich im Rahmen der funktions- und ressourcenorientierten Perspektive eine Einschränkung von 30-40 % des arbeitsbezogenen Funktionspotentials. Dies entspreche einer Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % in der angestammten Tätigkeit. Die Limitierung der beruflichen Leistungsfähigkeit sei klinisch-empirisch als passager und verbesserungsfähig einzustufen. Für längstens vier Wochen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Innerhalb von sechs bis acht Wochen

sei von einer Erholung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 5 Ziff. 5.6).
3.

E. 7

Der Beschwerdeführer reichte im vorliegenden Verfahren den Bericht von Dr. Z.____ vom 5. Juni 2023 (Urk. 3/4) ein. Die behandelnde Psychiaterin gab darin an, der Beschwerdeführer befinde sich

nach der Beendigung der stationären Behandlung in der Klinik A.____

seit dem 19. Oktober 2022 bei ihr in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Seit der Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses bei der Y.____ bestehe eine Arbeitsunfähigkeit.

Dr. Z.____ stellte folgende Diagnosen (S. 1 unten): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bei vorwiegend beruflicher Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73.0) - Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1), leistungsorientiert, vulnerabel - psychosomatischer Symptomenkomplex (ICD-10 F45.8) aus vegetativem Arousal, Anspannungszuständen, rezidivierende gastrointestinale Beschwerden, stressbedingten Ekzemen und Panikattacken (ICD-10 F45.8) - ADHS (ICD-10 F90.0) - Nicht organische Insomnie (ICD-10 F51.0)

Die Behandlung erfolge mit wöchentlichen psychotherapeutischen Einzelsitzungen und einer Psychopharmakotherapie. Nach der Regulation des Schlafes und einer graduellen Stabilisierung der Stimmung bestehe weiterhin ein hohes Anspannungsniveau mit motorischer Unruhe, wiederholt depressiven Einbrüchen sowie Reizbarkeit, Wut, Kränkung, Scham, hohen Selbstzweifeln und einer Antriebsminderung, verstärkt durch einen grippalen Infekt mit protrahierter Müdigkeit im April und Mai 2023. Weiter bestünden existenzielle Ängste und eine kognitiv ausgeprägte Minderung der Konzentrations- und Entscheidungsfähigkeit mit häufigen Fehlleistungen und Vergesslichkeit. Im Mai 2023 sei die Umstellung der Antidepressiva auf Sertralin erfolgt. Weiter sei die zusätzliche medikamentöse Behandlung der Anspannung und Unruhe des Patienten geplant. Die Testung habe den Verdacht auf eine ADHS bestätigt. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Der Beschwerdeführer beginne seine Tagesstruktur zu verbessern. Die Thematik der beruflichen Reintegration sei im Fokus der Therapie (S. 2 oben).

Die Herabstufung auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50% seit dem 1. März 2022 und die weitere Terminierung per 1. Mai 2023

durch den Krankentaggeldversicherer entspreche nicht einer realistischen Einschätzung des Patienten. Dies widerspreche der gutachterlichen Einschätzung durch Dr. I.____, wonach die Gesamtbelastbarkeit insgesamt mittelschwer eingeschränkt sei (S. 2 Mitte). Dabei handle es sich in keinem Fall um die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit. Dies, trotz seiner ausgeprägten Tendenz, Schwächen zu verbergen und sich möglichst leistungsstark zu präsentieren, was möglich erweise den Eindruck in der gutachterlichen Untersuchung beeinflusst habe. Der Beschwerdeführer sei sowohl im angestammten Beruf als auch in einer angepassten Tätigkeit nicht vollzeitig arbeitsfähig. Dafür sprächen auch seine Fehlleistungen und die wohl übersehene Postsendung des Krankentaggeldversicherers. Dies habe dazu geführt, dass er der Einschätzung durch den Krankentaggeldversicherer erst jetzt widersprechen könne. Die

Arbeitsunfähigkeit betrage derzeit 100 % . Der voraussichtliche Beginn einer stufenweisen beruflichen Reintegration beginne frühestens im August 2023 mit einer Arbeitsfähigkeit von 20 % und einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % (S. 2 f.). 3.

E. 8

Dr. med. J.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in der Stellungnahme vom 4. September 2023 (Urk. 10) aus, ein die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dauerhaft einschränkender Gesundheits schaden sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Im Bericht der Sozialarbeiterin der Klinik A.____ vom 26. September 2022 sei von einer ursächlichen gesundheitsbelastenden Arbeitsbelastung und dem Konflikt mit einem Vorgesetzten die Rede. Im Arztbericht von Dr. G.____ vom 17. Oktober 2022 werde eine berufliche Belastungssituation diagnostisch eingeordnet. Gemäss Dr. Z.____ sei die Arbeitsunfähigkeit nach der Kündigung des letzten Arbeitsverhältnisses eingetreten und es werde ein depressives Zustandsbild beschrieben.

Die Diagnose einer ADHS sei in Anbetracht des Lebenslaufes des Beschwerdeführers und des Umstandes, dass die Erkrankung im 53. Lebensjahr eingetreten sei, für die Erklärung einer Arbeitsunfähigkeit nicht wahrscheinlich. Die Erkrankung mache sich gewöhnlich bereits im Kindes- und Jugendalter beeinträchtigend bemerkbar. Der behandelnde Arzt in Deutschland habe korrekt eine Anpassungsstörung beschrieben , wenn auch gleichzeitig mit der dadurch auszuschliessenden Diagnose einer depressiven Episode. Weitere Diagnosen könnten in Anbetracht der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegenden Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion nicht bestätigt werden (S. 2 unten). Die Beschwerden liessen sich mit der Reaktion auf ein belastendes Lebensereignis und damit mit einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion erklären. Die Kriterien für die Diagnose einer Anpassungsstörung lägen vor. Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände seien primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren. Die Störung wäre ohne ihre Einwirkung zudem nicht entstanden. Bei einer Anpassungsstörung werde üblicherweise erwartet, dass das ursächliche Ereignis mit der Zeit von den betroffenen Personen verarbeitet werden könne und die Anpassungsstörung deswegen ende. Eine zeitlich begrenzte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit könne nachvollzogen werden. Ein die Arbeitsfähigkeit dauerhaft einschränkender Gesundheitsschaden liege dagegen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor (S. 2 f.). 4. 4.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.2

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein.

Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 4.3

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 Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapie resistenz 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 (Resourcen) 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 beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). 4.4

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigegeben werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1). 5.

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