

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00169 vom 24. März 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00169

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00169 du 24 mars 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00169 del 24 marzo 2025

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1963, verfügt über eine Ausbildung als Agronom und einen Masterabschluss der Y.____ (Urk. 7/7) und war von März 1996 bis Dezember 2022 beim Z.____, A.____, als Golf Course Manager tätig (Urk. 7/8 Ziff. 5.4; Urk. 7/7). Am 18. April 2023 meldete er sich unter Hinweis auf eine reaktive Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/8 Ziff. 6.1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug; Urk. 7/20) ein und zog die Akten der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/21/1-84; Urk. 7/28/1-31) inklusive ein durch diese veranlassetes Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. August 2023 (Urk. 7/28/5-10) bei. Gestützt auf dieses Gutachten stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 21. September 2023 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/33). Dagegen erhob dieser am 23. Oktober 2023 (Urk. 7/34) und 28. November 2023 (Urk. 7/42) Einwände und reichte einen Bericht seines behandelnden Therapeuten Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Oktober 2023 (Urk. 7/40) ein. Am 9. Februar 2024 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne (Urk. 7/46 = Urk.).

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).

Auf Grund der im April 2023 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Oktober 2023 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Nachdem die Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2022 eintrat (vgl. Urk. 7/21/69 Ziff.).

E. 1.2

Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art.

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.

E. 1.4

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. 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.).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.6

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, beim Gutachten des Krankentaggeldversicherers handle es sich lediglich um eine Parteibehauptung (Urk. 1 S. 14), beruft er sich auf Rechtsprechung (BGE 141 III 433), welche im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren keine Anwendung findet. Der Umstand, wonach ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers - und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG - erstellt wurde, spricht nicht gegen dessen Beweis kraft für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung. Einer zwingenden medizinischen Beurteilung nach den Grundsätzen von Art. 44 ATSG bedarf es daher nicht. 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 5.2.1 m.w.H.). 2.

E. 2

Am 11. März 2024 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Februar 2024 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung sowie die Zusprechung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere einer Rente ab Juni 2023, eventualiter die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2024 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 8. Mai 2024 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Am 11. März 2024 (richtig: 2025) reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme (Urk. 9) und einen Bericht von Dr. C.____ vom 12. Februar 2025 (Urk. 10) ein. Diese Eingaben wurden der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 17. Februar 2025 zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Gemäss dem von der Krankentaggeldversicherung eingeholten Gutachten von Dr. B.____ liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor. Es bestehe keine Diagnose, die eine langdauernde Erwerbsunfähigkeit begründe. Somit bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 1). Gemäss dem im Einwandverfahren eingereichten Bericht von Dr. C.____ vom 29. Oktober 2023 bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine 40%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten.

Diese Angaben seien jedoch nicht weiter begründet worden und seien deshalb nicht nachvollziehbar (S. 1 unten f.).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin fest, Dr. B.____ komme nach persönlicher Untersuchung des Beschwerdeführers mit einlässlicher Begründung zum Schluss, dass keine oder unklare Diagnosen vorhanden seien, welche die Arbeitsunfähigkeit begründeten. Auf dieses Gutachten sei abzustellen (S. 1). Vor dem Hintergrund der fachärztlichen Kritik von Dr. B.____ sei nachvollziehbar, dass sich der behandelnde Therapeut diffamiert fühle. Allerdings begründe dessen subjektive Sicht keinen Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung, zumal Dr. C.____ nicht auf die Ausführungen des Gutachters eingehe. Seine Arbeitsunfähigkeitsatteste seien als reine Gefälligkeitsatteste zu werten. Weiter habe Dr. B.____ festgestellt, das Verhalten des Beschwerdeführers entspreche einer laienhaften Vorstellung über Ursachen und Symptome einer Depression, weshalb die Frage einer Aggravation oder Simulation im Raume stehe. Das so umschriebene Verhalten gehe eindeutig über die blosser Beschwerdeverdeutlichung hinaus, weshalb rechtsprechungsgemäss keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliege. Weitere Abklärungen seien nicht vorzunehmen (S. 2).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen (Urk. 1), Dr. C.____ habe eine depressive Störung von mittelgradiger Schwere sowie einen Erschöpfungszustand festgestellt und erachte ihn in der angestammten Tätigkeit als Leiter Greenkeeper mit Führung eines Teams immer noch als nicht arbeitsfähig. In angepassten Tätigkeiten mit einem bedeutend geringerem Anforderungsniveau gehe er von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % beziehungsweise 40 % aus (S. 3 Ziff. 9). Er sei nach wie vor in der angestammten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (S. 4 Ziff. 10). Die Beschwerdegegnerin habe einzig auf das Gutachten von Dr. B.____ abgestellt. Da der behandelnde Arzt eine dezidiert andere Ansicht vertrete, wären jedoch weitere Abklärungen nötig gewesen. Der Bericht von Dr. B.____ stelle eine reine Parteibehauptung dar und habe keinen höheren Beweiswert als die Darlegungen des behandelnden Arztes. Zudem kenne dieser den Langzeitverlauf. Eine medikamentöse Therapie finde statt. Anlässlich der Begutachtung, die nur kurz gedauert habe, habe er (der Beschwerdeführer) sich nicht verstanden gefühlt und das Gespräch sei nur einseitig auf die frühere Arbeit fokussiert gewesen (S. 4 Ziff. 14-15). Einzig auf den Bericht des Vertrauensarztes der Krankentaggeldversicherung könne und dürfe nicht abgestellt werden. Es sei auch nicht so, dass er oder sein behandelnder Arzt mit dessen Einschätzung einverstanden seien. Er könnte sich aber nur mit einem Privatgutachten dagegen wehren, wofür er die finanziellen Mittel nicht habe. Er habe aber darauf vertrauen dürfen, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt genügend abkläre (S. 5 Ziff. 17). Zudem sei der regionale ärztliche Dienst (RAD) nicht miteinbezogen worden (S. 5 Ziff. 18). In der Folge habe sich sein Gesundheitszustand verschlechtert und die Medikation habe erhöht werden müssen, weshalb auch aus diesem Grund nicht auf das Gutachten von Dr. B.____ abgestellt werden könne (Urk.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 3. 3.1

Dr. C.____

diagnostizierte in seinem zuhause der Krankentaggeld versicherung ausgefüllten Formularbericht vom 18. Februar 2023 eine reaktive Depression (ICD-10 F32.1) und attestierte ab 5. Dezember 2022 eine volle Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 7/21/69 Ziff. 3, Ziff. 5). Mit Bericht vom 29. April 2023 (Urk. 7/21/11-12) nahm er Stellung zu den Fragen der Krankentaggeldversicherung (Urk. 7/21/29) . Darin sprach er nunmehr von einer depressiven Störung (ICD-10 F32.1)

und einem Erschöpfungssyndrom (ICD-10 Z73.0; S. 1). Zum psychopathologischen Status hielt Dr. C.____ fest, die Orientierung sei unauffällig, die Kognition sei beeinträchtigt im Sinne von Konzentrations-, Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen. Das Denken sei formal ungestört, inhaltlich oft eingengt auf die berufliche Situation beziehungsweise die berufliche und existentielle Zukunft. Der Antrieb sei oft reduziert, es bestehe eine mangelnde Energie und ein herabgesetzter Lebensmut. Hinweise für Wahn, Sinnestäuschungen oder für Ich-Störungen im Sinne von Derealisations- oder Depersonalisationsphänomenen oder für Fremdbeeinflussungserleben liessen sich nicht erkennen. Es bestehe eine rezidivierend deprimiert-ängstliche Grundstimmung, die unverändert labil sei. Die Interessen seien stark eingeschränkt. Es bestehe eine rasche Ermüdbarkeit mit protrahierten Erholungsphasen nach körperlicher und mentaler Anstrengung. Das Funktions- und das Leistungsniveau seien reduziert, es bestünden ein Selbstwertverlust und oft ein Gefühl der Wertlosigkeit, Schlafstörungen im Sinne von Einschlaf- und Durchschlafproblemen, ein verminderter Antrieb und eine verlangsamte Psychomotorik. Anhaltspunkte für eine akute Suizidalität seien nicht nachweisbar (S. 1 Ziff. 2). Der Beschwerdeführer nehme zur Zeit

Laitea als beruhigendes und stimmungsstabilisierendes Psychopharmakon ein (S. 1 Ziff. 3). Die Behandlungsfrequenz sei 14-tägig und bestehe in einer fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutischen, supportiv-lösungsorientierten Intervention (S. 2 Ziff. 4-5). Zur Frage der Auswirkungen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit verwies Dr. C.____ auf die Diagnose und den Befund (S. 2 Ziff. 6). Als Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf das alltägliche Leben nannte er einen sozialen Rückzug, rasche Ermüdbarkeit, eine reduzierte Konfliktfähigkeit bei rasch auftretender Überforderung und Gereiztheit im interpersonalen Kontakt sowie eine Interesse-, Freud- und Hoffnungslosigkeit, was in den gesamten Lebensvollzügen ersichtlich sei. Das Antriebs-, Funktions- und Leistungsniveau seien erheblich reduziert (S. 2 Ziff. 7). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der diagnostizierten psychischen Erkrankung nicht in der Lage, seine ursprüngliche Tätigkeit als Golfplatzverantwortlicher auszuüben beziehungsweise den Anforderungen, die der erste Arbeitsmarkt an ihn stellen würde, gerecht zu werden (S. 2 Ziff. 8) . Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrisch-medizinischer Sicht aufgrund der protrahierten psychischen Erkrankung und den eingeschränkten psycho-physischen Ressourcen zur Zeit nicht realistisch (S. 2 Ziff. 9).

3.2.1

In seinem nach Berücksichtigung der Akten (S. 2), Erhebung der Anamnese (S. 3 f.) und Durchführung einer eigenen Untersuchung (S. 4) erstatteten Gutachten vom 18. August 2023 (Urk. 7/28/ 5 -10) hielt Dr. B.____ fest, es seien keine oder unklare Diagnosen

vorhanden, welche die aktuelle Arbeitsunfähigkeit begründeten. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 3). Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass ihm seine letzte Arbeitsstelle nach 27 Jahren Tätigkeit beim gleichen Arbeitgeber gekündigt worden sei. Er habe bei diesem verschiedene Bauprojekte begleitet, wobei er sich aufgrund der Stressbelastung beim letzten Projekt vorübergehend von seiner Ehefrau habe trennen müssen. Im Jahr 2021 sei es zu einem Vorgesetztenwechsel gekommen. Die Kommunikation mit dem neuen Vorgesetzten sei von Anfang an sehr schwierig gewesen; dieser habe ihn nicht gemocht und Psychoterror betrieben. Am 22. April 2022 sei ihm fristlos gekündigt worden. Die Gründe seien ihm bis heute nicht kommuniziert worden. Der ehemalige Arbeitgeber verbreite nun Gerüchte über ihn, wodurch ihm die Stellensuche stark erschwert werde. Überhaupt würden ihn diese Gerüchte depressiv machen. Seinen Therapeuten sehe er ein- bis zweimal im Monat und bekomme 50

mg Trittico zur Nacht und morgens Laitea Kapseln. Ob und was genau die ambulante Behandlung genutzt habe, könne er nicht angeben; während des Spaziergangs mit dem Hund zu reden, beruhige ihn genauso gut. Die starke Depression, die er bei Behandlungsbeginn gehabt habe, habe sich inzwischen gebessert. Er könne wieder essen und habe sich im Allgemeinen beruhigt. Auch die Nervosität sei zurückgegangen. Vor sechs Wochen habe er von den Gerüchten, die der ehemalige Arbeitgeber über ihn verbreite, erfahren, dadurch sei es zu einer Zunahme der Nervosität gekommen, seither habe er keine Lust mehr zum Fitnessstraining, Golf spielen und in die Sauna gehen (S. 3). Er könne sich in einem Gespräch von Gedanken über die aktuelle Situation und das ihm angetane Unrecht sehr gut lösen. In den letzten vier Monaten habe er durch Sport und weniger Essen gewollt vier Kilogramm abgenommen. Er habe Sorgen, was seine eigene und die Zukunft seiner Tochter angehen, andere Ängste habe er nicht. Seine Konzentrationsfähigkeit sei unbeständig, bisweilen konzentriere er sich zu viel, dann wieder zu wenig (S. 3 unten f.). 3.2.2

Dr. B. ___ hielt fest, der Beschwerdeführer sei im Erscheinungsbild gut gepflegt gewesen, mit einem frischen Teint, und hinterlasse einen vitalen, erholten Eindruck. Die Fragen seien prompt, wort- und detailreich, jedoch informationsarm und merklich defizitorientiert beantwortet worden. Das Auftreten sei durchaus agil, zudem appellativ, in geringerem Ausmass demonstrativ. Es ergäben sich keine Ermüdungserscheinungen im Gesprächsverlauf, der Beschwerdeführer verfüge über exzellente soziale Fertigkeiten bis hin zur direkten Manipulativität (S. 4). Zum psychopathologischen Befund führte der Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei wach und zu allen Qualitäten orientiert. Er gebe eine Grübelneigung an, sei formalgedanklich geordnet, kohärent, nicht verlangsamt, nicht eingengt. Subjektiv sei er kognitiv-mnestisch defizitär, bei detaillierter Prüfung seien die Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit, Mnestic, Fähigkeit zu abstraktem Denken und Auffassungsgabe intakt. Die Grundstimmung werde als ohne zirkadiane Rhythmik beeinträchtigt angegeben, affektiv leicht bis punktuell mittelgradig klagsam, nicht deprimiert, es bestünden

keine Dysphorie, keine Affektarmut oder -starre. Trotz Nachfragen erfolgten keine schlüssigen Angaben zur Antriebslage und Hedonie. Es lägen keine Insuffizienz- oder Schuldgefühle beziehungsweise Selbstvorwürfe vor. Die Angabe von Einschlafstörungen mit Verkürzung der nächtlichen Schlafdauer sei nicht präzisierbar (S. 4). 3.2.3

Der Gutachter führte aus, der Beschwerdeführer sei am 5. Dezember 2022 von seinem Psychiater zu 100 % krankgeschrieben worden. In den seither vergangenen acht Monaten sei diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unverändert geblieben. Es sei in der Folge zu keiner Anpassung der ambulanten Behandlung oder zu einem stationären Aufenthalt gekommen (S. 4). Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer ein auffälliges Bild angeboten. Konkret sei aufgefallen, dass seine Schilderungen und sein Verhalten keiner depressiven Symptomatik im fachärztlich-psychiatrischen Sinn, sondern vielmehr laienhaften Vorstellungen über Ursachen und Symptome von Depressionen entsprächen (S. 4 unten f.). Es seien beträchtliche Diskrepanzen zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem beobachtbaren Teil des psychiatrischen Befundes vorhanden gewesen. Obwohl der Beschwerdeführer diverse psychische Beschwerden beklagt habe, habe er während der gesamten Untersuchungsdauer ein von relevanten Defiziten freies Verhalten gezeigt. Eine detaillierte Beschwerdeschilderung sei weder spontan noch auf strukturiertes Nachfragen hin erfolgt. Der Beschwerdeführer sei in seinen Angaben auffällig vage und ungenau gewesen und im Auftreten durchgehend appellativ. Auch eine relevante Demonstrativität sei gezeigt worden; der Beschwerdeführer habe den Eindruck des Unechten, zur Schau Gestellten erweckt. Über die seit mehreren Monaten laufende ambulante Behandlung seien vom Beschwerdeführer selbst bei explizitem Nachfragen keine detaillierten Informationen erhältlich gewesen. Obwohl er in der Beschreibung seines Alltags erheblich defizitorientiert gewesen sei und seine Angaben insgesamt vage ausgefallen seien, habe sich in den Beschreibungen des Beschwerdeführers mühelos eine Struktur mit einer etablierten Alltagsroutine erkennen lassen. Ein Vorhandensein von relevanten Funktionsdefiziten sei damit, wie auch mit dem aktuell erhobenen fachpsychiatrischen Befund, nicht zu vereinbaren. Mangels authentischer Beschwerdeschilderung und in Abwesenheit von Defiziten im beobachtbaren Teil des psychiatrischen Befundes sei keine psychiatrische Diagnose zu stellen. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei somit als nicht beeinträchtigt zu beurteilen (S. 5). 3.2.4

Zu den Berichten von Dr. C. ___ hielt Dr. B. ___ fest, die gültige ICD-Klassifikation kenne die Diagnose einer reaktiven Depression nicht. Dieser Begriff könne allenfalls synonymisch zu einer Anpassungsstörung benutzt werden, was jedoch entsprechend zu kodieren wäre. Die Befunde entsprächen in keiner Weise den aktuellen Standards für die psychiatrische Befunderhebung. Es finde sich lediglich eine unsystematisierte, grob unvollständige und nur zum Teil AMDP - (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) konforme Ansammlung von psychopathologischen Merkmalen. Eine Quantifizierung werde nicht vorgenommen und die beklagten Beschwerden würden nicht in eine Relation mit dem beobachtbaren Teil des Befundes gebracht. Es sei kein sorgfältiges, lege artis durchgeführtes fachpsychiatrisches Assessment vorgenommen worden. Zudem handle es sich bei dem verordneten Medikament Laitea um eine Lavendelölbereitung mit allenfalls milde ausgeprägter anxiolytischer Wirkung, es verfüge aber nicht über stimmungsstabilisierende oder antidepressive Eigenschaften und sei zudem zur Behandlung von depressiven Episoden nicht zugelassen. Weiter stelle eine «supportiv-lösungsorientierte Intervention» keine wissenschaftlich fundierte Behandlungsmethode von depressiven Episoden dar (S. 5).

Aus gutachterlicher Sicht stehe fest, dass anhand der vorliegenden, aus versicherung psychiatrischer Sicht grob mangelhaften Aktenangaben nicht

als erstellt gelten können, dass der Beschwerdeführer im Zeitraum der aktuellen Krankschreibung an einer psychischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gelitten habe. Auch die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und der aktuell erhobene fachpsychiatrische Befund lieferten keine hinreichend sicheren Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer solchen Störung in der Vergangenheit (S. 6). 3.3

Dr. C.____ attestierte am 27. September 2023 weiterhin

eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einfachen, repetitiven Arbeiten sei der Beschwerdeführer zu maximal 20 % arbeitsfähig (Urk. 7/35). Im Rahmen des Einwandverfahrens nahm Dr. C.____ zuhause der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers am 29. Oktober 2023 (richtig: 2023; Urk. 7/40) Stellung zum Gutachten von Dr. B.____ und führte aus, seinem (eigenen) Bericht vom April 2023 sei nichts hinzuzufügen. Der Beschwerdeführer habe seit Behandlungsbeginn an einer depressiven Störung gelitten und er (Dr. C.____) habe in seinem Bericht seine Beurteilung als Behandler entsprechend den dort gestellten Fragen in seinen Antworten genügend begründet. Dass Dr. B.____ in seinem Gutachten eine depressive Störung sowie einen psycho-physischen Erschöpfungszustand überhaupt, also auch anamnestisch, verneine, sei in keiner Weise nachvollziehbar und könne nicht als Resultat einer sorgfältigen medizinischen Abklärung und Gewichtung der vorliegenden Psycho pathologie gewertet werden. Stattdessen werde nicht nur er, der Behandler, diffamiert, sondern auch der Beschwerdeführer als nicht authentisch beschrieben, was einzig durch eine entsprechende gutachterliche und versicherungsmedizinische Grundhaltung des Gutachters erklärbar werde (S. 1). Der Beschwerdeführer besitze aufgrund der unverändert vorliegenden psychischen Störung eine sehr begrenzte Stressresistenz. Das Leistungs-, Antriebs- und Funktionsniveau sei immer noch reduziert: von einer Leistungskonstanz sei nicht zu sprechen. Sein psychischer Gesundheitszustand wechsele rasch zwischen knapp kompensiert und dekompensiert und bereits gering erhöhte Anforderungen im Alltag führten wiederum zur Amplifizierung der depressiven Symptomatik. Er zeige seit Behandlungsbeginn eine gute Adhärenz, jedoch keinerlei Aggravation, und die laufende fachärztliche Behandlung inklusive Pharmakotherapie habe nun seit kurzer Zeit zu einer geringgradigen Aufhellung der Affekthaftigkeit und einer gesamthaft leichten Verbesserung seines psychischen Gesundheitszustandes geführt. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit im angestammten Bereich als Greenkeeper mit Führungsverantwortung und entsprechendem organisatorischen und administrativen Aufgabenbereich bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit. Hingegen könne, sofern sich die Beeinträchtigung nicht wieder abschwäche (gemeint wohl: verstärke), bei einer angepassten Tätigkeit mit bedeutend geringeren Anforderungen und Verantwortung aktuell von einer etwa 40%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 2).

3. 4

Am 12. Februar 2025 (Urk. 10) nahm Dr. C.____

erneut zuhause der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers Stellung und hielt fest, es könne gesamthaft beim Beschwerdeführer seit Frühsommer 2023 nicht von einer massgeblichen Verbesserung seines Gesamtzustandes gesprochen werden. Die rezidivierende depressive Störung habe sich damals wieder in akzentuierter Qualität gezeigt. Im Juni 2023 habe der Beschwerdeführer neben Laitea deshalb zusätzlich 50 mg Trittico täglich erhalten. Laitea sei bei mittelschweren depressiven Symptomen auch als Monomedikation wirksam

und habe somit einen stabilisierenden Effekt auf die Stimmungslage. Jedoch sei der Effekt beim Beschwerdeführer gering und darunter nur eine leichte und auch nur zeitweilige Abschwächung der depressiven Auslenkung der Grundstimmung zu beobachten gewesen. Die depressive Symptomatik habe intermittierend die diagnostischen Kriterien einer major depression erfüllt, was ab dem 6. Februar 2024 eine sukzessive Erhöhung des Tricitico notwendig gemacht habe. Bei schlecht zu beeinflussender Psychopathologie sei die Aufdosierung bis maximal 300 mg pro Tag erfolgt, ohne dass dadurch eine deutliche Aufhellung der Grundstimmung zu beobachten gewesen sei. Eine Umstellung auf Cipralex in Kombination mit Surmontil -Tropfen bei zusätzlich schlecht beeinflussbarer Insomnie sei im April 2024 erfolgt. Ausgelöst durch die starke Kränkung, die der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit seiner seit August 2024 stundenweise ausgeübten Reinigungstätigkeit erlebt habe, habe er ab Herbst 2024 erneut verstärkt depressive Symptome entwickelt, so dass eine erneute Anpassung der Medikation erfolgt sei. Trotz fachärztlicher und medikamentöser Behandlung sei der weitere Verlauf immer nur zeitweise, gesamthaft jedoch unzureichend positiv beeinflussbar gewesen. Auch die konsekutiven negativen Auswirkungen auf die beruflichen, familiären und sozialen Funktionen und damit auf seinen gesamten Lebensentwurf seien bis heute geblieben. Ein chronifizierter Verlauf der psychischen Erkrankung im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1, zeitweise F33.2) liege unbestreitbar vor (S. 1). Die vorgängig attestierte Arbeitsfähigkeit von 40 % habe der Beschwerdeführer seit April 2024 nicht mehr aufrechterhalten können, so dass sie auf maximal 20 % eingestuft werden müssen. Nach wie vor sei ein das Antriebs-, Leistungs- und Funktionsniveau des Beschwerdeführers in Abhängigkeit des wechselhaften psychopathologischen Zustandes erheblich reduziert (S. 2).

4.

4.1

Zunächst ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin berechtigt

war, das von der Krankentaggeldversicherung veranlasste Gutachten beizuziehen und darauf abzustellen. Denn Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.2). 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung auf das Gutachten von Dr. B. ____ vom 18. August 2023 (vgl. vorstehend E. 3.2), worin dieser zum Schluss kam, dass keine psychiatrische Diagnose zu stellen ist und keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Dieses Gutachten erfüllt die an eine beweiskräftige ärztliche Beurteilung gestellten formalen Anforderungen (vgl. E. 1.5) vollumfänglich. So beruht es auf den relevanten Vorakten, welche im Wesentlichen auszugsweise wiedergegeben (S. 2 des Gutachtens) und in die Beurteilung der medizinischen Situation miteinbezogen (S. 5 f.) wurden, sowie auf einer sorgfältigen psychiatrischen Untersuchung

(S. 4 f.) . Es setzt sich sodann ausführlich mit den geklagten Beschwerden auseinander (S. 3 f.), legt die medizinischen Zustände und Zusammenhänge schlüssig dar (S. 4 f.), beantwortet die gestellten Fragen und begründet die Schlussfolgerungen so, dass sie nachvollzogen werden können . Dr. B.____ verfügt zudem über die notwendige fachärztliche Qualifikation.

Aus dem Gutachten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung vom 8. August 2023 (Urk. 7/28/5) einen vitalen und erholtten Eindruck machte, über ein agiles Auftreten verfügte und im Gesprächsverlauf keine Ermüdung zeigte. Der Gutachter stellte exzellente soziale Fähigkeiten bis hin zur Manipulativität fest. Aus dem Gutachten ergibt sich das Bild eines psychisch nicht

wesentlich beeinträchtigten Menschen. So teilte der Beschwerdeführer selbst mit, dass sich die Situation gebessert habe, er wieder essen könne und sich allgemein beruhigt habe. Ebenso könne er sich in einem Gespräch gut von Gedanken über die aktuelle Situation und das ihm angetane Unrecht lösen. Er berichtete über Spaziergänge mit dem Hund , Fitnesstraining, Golf spielen und Saunabesuche. Zu letzteren Aktivitäten habe er jedoch aufgrund der über ihn verbreiteten Gerüchte und damit zusammenhängender gesteigerter Nervosität keine Lust mehr . Er war fähig, durch Sport und weniger Essen gezielt sein Gewicht zu reduzieren (vgl. vorstehend E. 3.2 . 1).

Dieser Eindruck widerspiegelte sich im von Dr. B.____ erhobenen,

weitgehend normalen psychopathologischen Befund (vgl. vorstehend E. 3.2. 2).

Die Schilderungen und das Verhalten des Beschwerdeführers entsprachen zudem nicht einer depressiven Symptomatik im fachärztlichen Sinn. Dr. B.____ stellte Diskrepanzen zwischen den geltend gemachten Beschwerden und dem beobachtbaren Teil des psychiatrischen Befundes fest. So zeigte der Beschwerdeführer trotz geltend gemachten psychischen Beschwerden keine Defizite und vermochte seine Beschwerden nicht detailliert zu schildern. Vielmehr waren seine Angaben vage und ungenau und sein Auftreten appellativ . Dass dieses Verhalten auf krankheitswertige Gründe zurückzuführen gewesen wäre, ist angesichts der weitgehend normalen Befunde und den geschilderten Fähigkeiten des Beschwerdeführers mit einem praktisch intakten Aktivitätsniveau nicht anzunehmen. Dr. B.____ wies denn auch schlüssig darauf hin, dass der Beschwerdeführer mühelos eine Struktur mit einer etablierten Alltagsroutine zu halten vermag, obwohl er seinen Alltag erheblich defizitorientiert beschrieb. Die Behandlungskadenz von ein- bis zweimal im Monat und die Medikation (vgl. dazu nachfolgend E. 4.3) lassen zudem nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen. Dr. B.____ hielt dazu fest, dass die Wahrnehmung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung dem Schweregrad der angegebenen Beschwerden nicht entspricht (S. 5 des Gutachtens). Der Beschwerdeführer selbst vermochte nicht anzugeben, ob und was die ambulante Behandlung genutzt hat (vorstehend E. 3.2.1).

In der Gesamtschau kam Dr. B.____ deshalb überzeugend begründet zum Schluss, dass keine psychiatrische Diagnose zu stellen ist und keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt (vorstehend E. 3.2. 4). Soweit die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer Aggravation oder Simulation unterstellt (vgl. vorstehend E. 2.1), lässt sich dies anhand des Gutachtens jedoch nicht mit hinreichender Klarheit beantworten.

Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen). Zwar beschrieb Dr. B.____ ein appellatives, in geringem Ausmass demonstratives Verhalten (vgl. vorstehend E. 3.2.2.) und erachtete die Beschwerdeschilderung bei erheblichen Diskrepanzen als nicht authentisch (vorstehend E. 3.2.3), ging aber selbst weder von Simulation noch von Aggravation aus. 4. 3

Dr. C.____

attestiert ab 5. Dezember 2022 durchgehend eine volle Arbeitsunfähigkeit, wobei er diese Einschätzung ohne Darlegung von geänderten Befunden oder einer plausiblen Begründung - was den Beweiswert seiner Bericht nicht unerheblich schmälert - auf unterschiedliche Diagnosen stützte, nämlich auf eine depressive Störung und ein Erschöpfungssyndrom beziehungsweise auf eine reaktive Depression (vgl. vorstehend E. 3.1). Diesbezüglich wies Dr. B.____ darauf hin, dass die gültige ICD-Klassifikation die Diagnose einer reaktiven Depression nicht kenne (vgl. vorstehend E. 3.2.4). Dazu ist festzuhalten, dass die Internationale Klassifikation psychischer Störungen in der Fassung ICD-10, auf die sich Dr. B.____ beziehen dürfte,

wengleich nicht die Diagnose, aber den zu einer depressiven Episode zugehörigen Begriff der reaktiven Depression nennt (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, S. 172).

Der Einführungszeitpunkt der seit dem 1. Januar 2022 in Kraft stehenden ICD-11 in das schweizerische Gesundheitswesen ist noch nicht bekannt (vgl. diesbezüglich am 28. September 2023 im Nationalrat eingereichte Interpellation und bundesrätliche Antwort vom 15. November 2023 [www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista ; besucht am 4. März 2025], sowie die diesbezügliche Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie in der Schweizerischen Ärztezeitung 2023; 104(10);34-35). Zutreffend ist jedoch die Feststellung von Dr. B.____, dass der behandelnde Therapeut die beklagten Beschwerden nicht in Beziehung zum beobachtbaren Teil der Befunderhebung brachte.

Dass Dr. C.____

keine Symptomvalidierungen durchgeführt hat, entspricht dem therapeutischen Auftrag. Aus versicherungsrechtlicher Sicht ist eine objektive Überprüfung jedoch unabdingbar und die geschilderten Beeinträchtigungen sind kritisch zu hinterfragen, was sich mit der Aufgabe des behandelnden Arztes wohl schwer vereinbaren lässt, aber dennoch nicht ganz ausser Acht gelassen werden kann.

Auch erscheint es als wenig nachvollziehbar, dass bei einer gemäss Dr. C.____

diagnostizierten

mittelgradigen depressiven Episode (aufgrund der Codierung F32.1 gemäss ICD-10; vgl. vorstehend E. 3.1) bei Behandlungsbeginn zunächst einzig eine Medikation mit Laitea - Lavendelölkapseln und erst ein halbes Jahr später, ab Juni 2023, mit einem gering dosierten Antidepressivum (Trittico

50 mg; vgl. vorstehend E. 3.4) erfolgte. Laitea ist, wie Dr. B.____ feststellte, nicht zur Behandlung von Depressionen zuge lassen (vgl. www.compendium.ch). Hinzu kommt, dass Patienten mit einer mittelgradigen depressiven Episode nur unter erheblichen Schwierigkeiten soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortsetzen können (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt , a.a.O., S. 173) , was vorliegend nicht mit überwiegend er

Wahrscheinlich erstellt ist: Anlässlich der Begutachtung bei Dr. B.____ am 8. August 2023 teilte der Beschwerdeführer mit, dass er seit sechs Wochen - mit hin seit Juni 2023 - keine Lust mehr zum Golfspielen, Fitnesstraining und Saunabesuch habe. Daraus ist zu schliessen, dass er zuvor und somit während der Behandlung bei Dr. C.____

Aktivitäten nachging,

welche die Diagnose einer mittelgradigen Depression doch erheblich in Frage stellen , jedoch keinen Eingang in die Beurteilung durch den Therapeuten fanden .

Dass, wie von Dr. C.____

im Bericht vom 29. April 2023 beschrieben, das Antriebs-, Funktions- und Leistungsniveau erheblich reduziert gewesen sei , ist vor diesem Hintergrund nicht überzeugend. Die Behandlung bei Dr. C.____ erachtete der Beschwerdeführer selbst als genauso wirksam wie die Gespräche mit seinem Hund (vgl. vorstehend E. 3.2.1) , was erhebliche Zweifel am Schweregrad seiner Beeinträchtigung und deren Behandlungsbedarf erweckt . Die durch Dr. C.____ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit wie auch die gemäss seiner Einschätzung unmögliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit wurde im Lichte dieser Informationen nicht schlüssig begründet. Die Begutachtung zeigte denn auch ein deutlich abweichendes Bild. 4. 4

An dieser Feststellung vermögen die Folgeberichte von Dr. C.____ nichts zu ändern.

Festzuhalten ist zunächst, dass es sich bei den genannten Stellungnahmen von Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.3-3.4) nicht um Arztberichte im eigentlichen Sinn (vgl. vorstehend E. 1.5) handelt, fehlt es doch an einer eigenen Untersuchung, der Anamnese und den Befunden. Entgegen dem Resultat der Begutachtung attestierte er im September 2023 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine lediglich 20%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten (vgl. vorstehend E. 3.3) . In seiner am 29. Oktober 2023 zuhanden der Rechtsvertreterin verfassten Stellungnahme (vgl. vorstehend E. 3.3) ging er auf die Angaben und Feststellungen im Gutachten , insbesondere auf die dargestellten Diskrepanzen,

nicht ein, sondern bestätigte einzig seine Sicht der Dinge. In seiner ebenfalls zuhanden der Rechtsvertreterin verfassten Stellungnahme vom 12. Februar 2025 (vorstehend E. 3.4) war Dr. C.____ der Auffassung, es könne seit Frühsommer 2023 nicht von einer massgeblichen Verbesserung des Gesamtzustandes des Beschwerdeführers gesprochen werden, obwohl dies er im August 2023 gegenüber dem Gutachter selbst erklärte , sein Zustand habe sich gebessert (Urk. 7/28 S. 3 unten) . Es traf somit nicht zu, dass der Effekt der im Juni 2023 begonnenen Medikation mit 50 mg Trittico gering gewesen ist , wie dies Dr. C.____

schilderte (vor stehend E. 3.4). Nicht nachvollziehbar ist schliesslich, weshalb bei einer intermittierenden Verschlechterung bis zu einer major

depression (vgl. vorstehend E. 3.4), was einer schweren depressiven Episode entspricht (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 175), bei ungenügendem Ansprechen auf die aufdosierte Medikation keine stationäre Behandlung oder eine anderweitige Änderung des Therapiekonzeptes erfolgte. Soweit Dr. C.____ eine relevante Verschlechterung ab Herbst 2024 postuliert (vgl. vorstehend E. 3.5), wäre dies angesichts des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 9. Februar 2024, welcher Zeitpunkt rechtsprechungsgemäss die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet, allenfalls

im Rahmen einer Neuanmeldung geltend zu machen.

Festzuhalten bleibt im Weiteren, dass selbst wenn von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Störung auszugehen wäre, sich diese

rechtsprechungsgemäss nicht als schwere psychische Krankheit definieren

lässt, zumal beim Beschwerdeführer keine psychiatrischen Komorbiditäten vorliegen. Besteht dazu wie hier noch ein bedeutendes therapeutisches Potential im Sinne von unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen, 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. Attestiert t

der behandelnde Psychiater bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung wie vorliegend ohne schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). 4. 5

Zusammenfassend sind die Angaben von Dr. C.____

nicht geeignet, auch nur geringe Zweifel (vgl. vorstehend E. 1.5 -6) am Gutachten von Dr. B.____ zu wecken. Diesem ist vielmehr voller Beweiswert zuzumessen. Wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach)-Arztes und Begutachtungsauftrag des medizinischen Experten ist es nicht geboten, ein beweiskräftiges Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 9C_725/2013 vom 29. Januar 2014). Auf weitere Abklärungen ist in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, je m.w.H.) zu verzichten. 4. 6

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapiereistenz auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

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 allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

Mit dem Gutachten von Dr. B. ___

liegt ein beweiswertiger fachärztlicher Bericht vor, in dem keine psychiatrische Diagnose gestellt und eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird. Den gegenteiligen Einschätzungen von Dr. C. ___ kann nach dem Gesagten kein genügender Beweiswert beigemessen werden. Dementsprechend ist kein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen. 4. 7

Der Beschwerdeführer macht geltend, dass der RAD nicht beigezogen worden sei (Urk. 1 S. 5).

Gemäss Art. 54a IVG stehen die RAD den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Das Bundesgericht hat sich in seinem Urteil 9C_858/2014 vom 3. September 2015 eingehend mit der Frage befasst, ob ein Anspruch darauf besteht, dass medizinische Berichte dem RAD zur Prüfung vorgelegt werden. Es wies in E. 3.3.1 darauf hin, dass Art. 69 Abs. 4 IVV (in Kraft gestanden vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2011; AS 2003 3859 und 2011 5679) vorsah, dass die IV-Stellen zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen die notwendigen Akten dem zuständigen regionalen ärztlichen Dienst unterbreiten (Satz 1). Nach Rz. 2038 und Anhang V des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI), in der ab 1. Januar 2004 geltenden Fassung, sei namentlich im Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG das (gesamte medizinische) Dossier obligatorisch dem RAD vorzulegen gewesen. Anhang V sei aufgrund der praktischen Erfahrungen und im Hinblick auf eine möglichst effiziente Nutzung der Ressourcen der RAD auf Ende Dezember 2007 aufgehoben worden. Seither liege es im Ermessen und in der Verantwortung der IV-Stelle, welche Dossiers sie zur Prüfung der medizinischen Anspruchsvoraussetzungen dem RAD unterbreiten will. Um

diesbezügliche rechtliche Unsicherheiten zu vermeiden, sei auch aArt . 69 Abs. 4 IVV auf Ende 2011 aufgehoben worden (IV-Rundschreiben Nr. 296 vom 5. Januar 2011). Den regionalen ärztlichen Diensten komme unstrittig grosse Bedeutung zu für die Beurteilung der Anspruchsvoraussetzungen aus medizinischer Sicht. Der abschliessende Entscheid darüber liege indessen bei der IV-Stelle. Dem entsprechend stünden die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung . Es möge zwar wünschenswert erscheinen, dass fachärztliche Berichte, deren Relevanz nicht von vornherein verneint werden könne, dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt werden; ein unbedingter gesetzlicher Anspruch darauf besteht indessen nicht (E. 3.3.3).

Mit der Revision Weiterentwicklung der IV (WEIV, 2022) ist den RAD mit Art. 54a IVG schliesslich eine eigene Gesetzesbestimmung gewidmet worden, um ihrer Bedeutung gerecht zu werden; damit sind jedoch keine materiellen Änderungen verbunden (BBl 2017 2670; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4. Auflage 2022, S. 533 Rz . 1), weshalb die angeführte Rechtsprechung weiterhin Gültigkeit hat.

Die Beschwerdegegnerin war somit nicht verpflichtet, die medizinischen Berichte dem RAD vorzulegen. 4. 8

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das Gutachten von Dr. B. ___ vom 18. August 2023 von einer vollen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit auszugehen , womit eine Invalidität zu verneinen ist. Mithin besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Der angefochtene Entscheid ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Claudia Eugster - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

E. 5

), lief das Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG) jedoch erst im Dezember 2023 ab. In dieser Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 7

ATSG 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 ausgleichenen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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. 9

S. 2 Ziff. 2 - 3).

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