

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00806 vom 15. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00806

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00806 du 15 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00806 del 15 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1971, ist Vater zweier Kinder (Urk. 6/10 Ziff. 3.1). Unter Hinweis auf psychische Probleme meldete er sich am 21. April 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/10 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerbliche (Urk. 6/2-3, Urk. 6/7-8, Urk. 6/14-15) und medizinische (Urk. 6/17-18, Urk. 6/24) Situation ab und holte ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 30. Januar 2015 (Urk. 6/33) erstattet wurde.

Die IV-Stelle erliess am 2. Juli 2015 den Vorbescheid (Urk. 6/37), wogegen der Versicherte am 22. Juli und am 12. November 2015 Einwände (Urk. 6/38, Urk. 6/45) vorbrachte. Mit Verfügung vom 13. Juni 2016 (Urk. 6/52 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch.

E. 1.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich 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. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die

Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.2

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren her rühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbstständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E.

3.2 mit Hinweisen).

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.

E. 2

Der Versicherte erhob am 12. Juli 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Juni 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 9. September 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 5. Oktober 2016 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und dem Beschwerdeführer eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 7 Dispositiv Ziff. 1-2). Dieser verzichtete am 19. Januar 2017 auf eine Replik (Urk. 11) und reichte ein Schreiben (Urk. 12) ein, das der Beschwerdegegnerin am 20. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Am 8. März 2017 (Urk. 14) reichte der Beschwerdeführer weitere Akten (Urk. 15/1-3) ein. Der Beschwerdegegnerin wurden am 7. Juli 2017 je eine Kopie der Akten zugestellt (Urk. 16).

Am 14. Juli 2017 (Urk. 17) reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers die Honorarnote (Urk. 18/1-2) ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte im angefochtenen Entscheid mit Verweis auf die medizinischen Abklärungen darauf ab, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter in einem Imbiss lediglich zu 20 % arbeitsunfähig sei (Urk. 2 S. 1).

In der Vernehmlassung vom 9. September 2016 begründete sie die Abweisung eines Rentenanspruches dahingehend, bei der im psychiatrischen Gutachten gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung handle es sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht um einen invalidenversicherungsräumlich relevanten Gesundheitsschaden. Auch akzentuierte Persönlichkeitszüge begründeten rechtsprechungsgemäss als Z-Diagnosen keinen Gesundheitsschaden mit Krankheitswert. Weitere vom Gutachter gestellte Diagnosen seien ebenfalls nicht ausgewiesen. Ein IV-relevanter Gesundheitsschaden liege daher nicht vor. Hinzukomme, dass auch nicht von einem trotz konsequenter Therapie resistenten Leiden auszugehen sei, da der Beschwerdeführer nur alle zwei bis drei Wochen Therapiesitzungen wahrnehme (Urk. 5 S. 2 Ziff. 4-5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, der psychiatrische Gutachter sei davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit zu 40 % eingeschränkt sei. Die Einschränkung sei ausschliesslich durch Leiden mit Krankheitswert begründet. Invaliditätsfremde Faktoren habe der Gutachter nicht ausmachen können (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4). Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin dürfe nicht einfach ohne weitere Rückfragen oder eigene Untersuchungen die vom Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit halbieren und seine Einschätzung an Stelle des Gutachters setzen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 5). Zudem müsse davon ausgegangen werden, dass der Gutachter die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zu optimistisch eingeschätzt habe (Urk. 1 S. 5 Ziff. 6).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob ein Rentenanspruch besteht. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer wurde im Jahr 2009 in der Y.____ psychiatrisch abgeklärt (Urk. 6/18/9).

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Y.____, nannten im Abklärungsbericht vom 9. September 2009 (Urk. 6/18/9-11) als Diagnosen (S. 1): -

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom - komplexe psychosoziale Belastungssituation (langjährige Arbeitslosigkeit, konfliktbeladene familiäre Verhältnisse, finanzieller Engpass, der Patient werde seit zirka drei Jahren betrieben)

Die Ärzte der Y.____ führten aus, der Patient habe berichtet, dass er seit mehreren Jahren immer wieder an depressiven Verstimmungen leide. Bis jetzt sei keine psychiatrische Behandlung erfolgt. Weiter habe er angegeben, dass er seit zirka 2006 an chronischen Schlafstörungen leide. Zurzeit schlafe er zwei bis drei Stunden. Die Konzentration sei gestört (S. 2 Mitte). Es bestünden deutliche Hinweise für eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom bei einer komplexen psychosozialen Belastungssituation. Die Ressourcen des Beschwerdeführers zur Bewältigung der aktuellen psychosozialen Belastungssituation seien sehr gering. Der Patient zeige ein deutlich regressives Verhalten. Er fühle sich durch andere immer wieder ungerecht behandelt und erlebe sich als Versager (S. 2 unten). 3.2

Lic . phil. B.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dr. A.____, Y.____, führten in einem Überweisungsschreiben vom 3. September 2012 aus, eine beim Patienten bekannte rezidivierende depressive Störung sei im Konsultationszeitraum als remittiert zu beurteilen. Weiter seien langjährig bekannte psychosoziale Belastungen sowie Schwierigkeiten mit der Regulation der Emotionen vorhanden. Unter der aktuellen medikamentösen Behandlung einer Hepatitis C scheine die Regulation von Unmut und Gefühlen von Ärger beim Beschwerdeführer zusätzlich erschwert (Urk. 15/1 S. 3). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in einem Schreiben vom 10. Juli 2013 (Urk. 6/40/3-4) als Diagnosen (S. 1): - Status nach Therapie einer chronischen Hepatitis C mit zurzeit sustained

virologic

response - rezidivierende depressive Störung bei komplexer psychosozialer Belastungssituation - leichtes Sulcus

ulnaris -Syndrom links (Neurapraxie)

Der C.____ gab an, er habe den Beschwerdeführer im Jahr 2013 vom 11. bis 25. Januar 2013 sowie vom 29. April bis 3. Juni 2013 zu 100 % krank geschrieben. Dieser befinde sich ausserdem in psychiatrischer Behandlung (S. 1). 3.4

Dr. Z.____ führte in einem ärztlichen Zeugnis vom 29. August 2014 (Urk. 6/40/2) aus, der Beschwerdeführer stehe seit dem 23. Januar 2013 wieder bei ihm in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter (Gastronomie/Service) seit langem eine Leistungsminderung von 100 %. Eine Beschäftigung in einer angepassten Tätigkeit sei aufgrund der psychischen Erkrankung gescheitert. 3.5

Dr. Z.____ nannte im Bericht vom 18. September 2014 (Urk. 6/24) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom - Panikstörung (episodisch, paroxysmale Angst) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Merkmalen aus emotional instabiler, ängstlich-vermeidender und abhängiger Persönlichkeitsstörung

Dr. Z.____ führte zur Krankengeschichte aus, der Beschwerdeführer leide seit Jahren durchgehend unter Angstzuständen und an einer Verstimmung. Er habe grosse Schwierigkeiten mit der Konzentration, sei oft traurig und freudlos, habe Schwierigkeiten mit dem Ein- und Durchschlafen und fühle sich tagsüber oft müde. Er leide unter einer raschen Ermüdbarkeit und sei nicht in der Lage, seine alltäglichen Aufgaben zu erledigen. Kleinste Arbeiten strengten ihn übermässig an.

Hinweise für eine Auffassungsstörung bestünden nicht. Mittelgradige Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen seien aber vorhanden. Im Kontaktverhalten sei der Patient oft dysphorisch und gereizt (S. 2 Ziff. 1.4 unten). Es bestehe eine komplexe psychosoziale Situation. Der Beschwerdeführer berichte sodann über wiederkehrende schwere Panikattacken mit diversen Symptomen wie plötzlich auftretendem Herzklopfen, Schmerzen in der Brust, Ersticken geföhlen, Schwitzen, Schwindel, Entfremdungsgeföhlen sowie Erschöpfung. Er habe Angst vor einem Kontrollverlust und davor, wahnsinnig zu werden. Es seien hypochondrische und auf die Zukunft bezogene Befürchtungen vorhanden. Der Beschwerdeführer berichte auch über persistierende Kopfschmerzen. Diese würden bei Schlaflosigkeit, psychischen Belastungen sowie Anstrengungen deutlich zunehmen. Anhaltspunkte für Zwangsgedanken und -handlungen bestünden nicht. Das Selbstwertgeföhln sei deutlich vermindert (S. 3 Ziff. 1.4 oben). Die schwere psychopathologische Beeinträchtigung bestehe anamnestisch seit über drei Jahren. Der Beschwerdeführer leide an Geföhlen der Leere und Hoffnungslosigkeit sowie an einem chronischen Geföhln der Anspannung wie bei einem ständigen Bedroht sein und an einem Entfremdungsgeföhln. Es bestehe eine hochgradige Abhängigkeit sowie eine Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber anderen. Zudem bestehe die Überzeugung, dass er durch seine Krankheit verändert und stigmatisiert worden sei (S. 3 Ziff. 1.4 Mitte).

Die Behandlung bestehe aus stützenden psychiatrischen Einzel- und Paargesprächen in Intervallen von zwei bis drei Wochen inklusive einer medikamentösen Therapie. Es bestünden Merkmale eines chronischen Krankheitsverhaltens wie Passivität, Hilflosigkeit, Verlust an Selbsthilfemöglichkeiten, Resignation und ein ausgeprägtes Vermeidungs- und Angstverhalten.

Es sei eine Arbeitsintegration in einer angepassten Tätigkeit angestrebt worden mit einem Pensum von 30-40 %. Diese sei nach ein paar Wochen aufgrund mangelnder Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit des Beschwerdeführers gescheitert (S. 3 Ziff. 1.5). Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Psychopathologie wie einer raschen Ermüdbarkeit, einer Antriebsstörung, einer psychomotorischen Störung, einer verminderten Stresstoleranz und der kognitiven Einschränkung deutlich beeinträchtigt. Auch die Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforderungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei aufgrund der psychopathologischen Persönlichkeitsstruktur und der funktionellen Einschränkungen deutlich beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer habe grosse Schwierigkeiten, sich neuen Situationen erwartungsgemäss anzupassen (S. 4 Ziff. 1.7). Er sei seit über drei Jahren nicht mehr im freien Arbeitsmarkt berufstätig und beziehe Sozialhilfe (Ziff. 1.6). 3.6.3.6.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, datiert vom 30. Januar 2015 (Urk. 6/33). Es beruht auf den dem Gutachter zur Verfügung gestellten Akten und der psychiatrischen Untersuchung vom 23. Januar 2015, für die ein Dolmetscher beigezogen wurde (S. 1).

Dr. D.____ führte aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er seit dem letzten Jahr Seroquel und Sertralin einnehme. Mit den Medikamenten habe er sich ein wenig beruhigt und sei weniger aggressiv und streitsüchtig. Ohne die Medikamente gerate er sofort mit den Menschen in Streit. Auf der Strasse müsse er immer nach hinten schauen. Er fühle sich von den Menschen verfolgt, diese seien böse. Mehr könne er nicht sagen (S. 5 Ziff. 3a). Der Beschwerdeführer sei 1971 in der Türkei geboren und aufgewachsen. Wann er die Schule besucht habe, könne er nicht sagen. Dies stehe doch auf dem mitgebrachten Lebenslauf. Er wisse auch nicht, wann er geheiratet habe oder wann er in die Schweiz gekommen sei. Er sei sich auch nicht sicher, wann seine Tochter und sein Sohn geboren seien, vielleicht in den Jahren 2000 und 2004 (S. 5 Ziff. 3b).

Die Berufsanamnese erfolgte nach den Angaben in dem vom Beschwerdeführer mitgebrachten Lebenslauf. Demnach habe er von 1985 bis 1993 in der Türkei diverse Tätigkeiten als Chauffeur, Eisenleger und Hilfselektriker ausgeübt. Von April 1994 bis Februar 1996 sei er Office-Mitarbeiter gewesen und habe im E.____ in der Reinigung der Küche gearbeitet (S. 5 Ziff. 3c). Er habe ein Arbeitspensum von 100 % ausgeübt. Warum er die Stelle aufgegeben habe, wisse er nicht (S. 6 oben). Nach verschiedenen temporären Anstellungen sei er von Oktober 1998 bis September 1999 in einem Projekt als Waldarbeiter tätig gewesen. Von Oktober 1999 bis Januar 2001 habe er als Hausmann seine junge Familie betreut. Von Februar bis Dezember 2001 sei er Hilfskoch in einer türkischen Küche gewesen und habe auch die Gäste bedient. Auch an diese Arbeit könne er sich nicht wirklich erinnern. Von April bis Oktober 2002 sei er als Magaziner und Chauffeur tätig gewesen, wobei auch diesbezüglich nichts Näheres in Erfahrung gebracht werden können. Von November 2002 bis April 2006 habe er verschiedene temporäre Anstellungen als Chauffeur in den Bereichen Gastronomie, Bau und Lebensmittel innegehabt. Von Mai 2006 bis April 2007 habe er als Service-Mitarbeiter gearbeitet. Von 2007 bis 2009 habe er eine temporäre Anstellung als Chauffeur ausgeübt (S. 6).

Der Beschwerdeführer habe nicht mehr gearbeitet, seit er an der Leber erkrankt sei. Weshalb, wisse er nicht. Danach befragt, ob er zuhause freud-, interesse-, lustlos, müde und kraftlos sei, habe er angegeben, dass dies richtig sei. Manch mal sei er auch ganz plötzlich leer. Er habe oft Angst, dass ihn die Menschen verfolgen würden. Weitere Angaben seien nicht zu erhalten gewesen (S.

7 Ziff. 3d). Der Beschwerdeführer wohne mit seiner Familie in einer 4-Zimmer wohnung in Winterthur. Er habe Angst vor den Menschen, könne aber nicht genau sagen weshalb. Hinsichtlich der finanziellen Situation wisse er auch nicht, wieviel die Fürsorge für die Familie bezahle (S. 7 Ziff. 3e). Der Beschwer deführer stehe um 7 Uhr auf. Am Morgen gehe er spazieren. Nach dem Abend essen spiele er ein wenig mit den Kindern. Er habe auch einen Schrebergarten, in dem er Blumen und Gemüse pflanze (S. 7 f. Ziff. 3f).

Danach befragt, warum er nicht arbeiten könne, habe er angegeben: „keine Ahnung, wissen Sie es?“ (S. 8 Ziff. 3g). 3.6.2

Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er mit dem Auto zur Untersuchung gekommen sei.

Die Anamnese und das Untersuchungsgespräch hätten sich insgesamt äusserst schwierig und mühsam gestaltet. Der Beschwerdeführer habe oft vor sich hin gestarrt und meistens keine Antwort gegeben. Er habe immer wieder gesagt, dass er die Frage nicht beantworten könne. Dabei habe er andauernd gelächelt. Das Verhalten habe einerseits sehr provokativ,

andererseits inadäquat gewirkt (S. 8 Ziff. 4). Latent bestünden massive Aggressionen, welche durch die Psycho pharmako-Therapie mit Seroquel und Sertralin offenbar stark gedämpft worden seien. Bei der Schilderung, dass er sich auf ein Eisenbahngleis gelegt habe, bis der Lokomotivführer gepfiffen habe, habe er erneut ein läppisches Lachen gezeigt (S. 8 f.).

Inwiefern das Gedächtnis des Beschwerdeführers beeinträchtigt sei, könne nicht wirklich angegeben werden, da die repetitive Aussage, dass er sich nicht erinnern könne, auch etwas provozierend und verweigernd gewirkt habe. Daraufhin befragt, ob er sich zuhause von Wanzen abgehört fühle, habe er lächelnd antwortend gegeben, dass er das wirklich schon gedacht habe. Nach Ängsten befragt, habe der Beschwerdeführer erklärt, dass er dauernd ängstlich sei (S. 9 Mitte). Das Denken sei eingengt, umständlich, gesperrt, inkohärent, jedoch nicht ideen flüchtig (S. 9 unten).

Die Erhebung der Anamnese sei nur sehr schwer und stark eingeschränkt möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe immer wieder angegeben, dass er die Antwort nicht wisse. Es bleibe unklar, inwieweit er sich verweigere, inwie weit die mnestischen Fähigkeiten wirklich eingeschränkt seien und ob und inwie weit eventuell ein psychotisches Geschehen vorliege. Eventuell bestehe eine Negativ symptomatik mit inadäquaten Affekten bei einem starken sozialen Rückzug und/oder es bestünden katatone Elemente, insbesondere ein Negativismus (S. 10 Ziff. 5.1 oben). Über den Vater, die Mutter und die Geschwister des Beschwerdeführers seien keinerlei Angaben zu erhalten gewesen (S. 10 Mitte). Die Krankheits anamnese sei besonders schwierig zu erheben gewesen. Gelegentlich habe der Beschwerdeführer zum Ausdruck gebracht, dass er eigentlich nicht psychiatrisch krank sei. Er habe dann darauf beharrt, dass er nur eine Lebererkrankung habe (Hepatitis C). In anderen Augenblicken habe er doch deutlich gemacht, dass er unter Ängsten leide, einem starken sozialen Rückzug sowie unter Müdigkeit, Kraft-, Lustlosigkeit und Ängstlichkeit. Weiter leide er unter paranoiden Ängsten des Inhalts, dass er von bösen Menschen verfolgt werde (S. 11 Mitte). 3.6.3

In der Untersuchung sei eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode ausgemacht worden. Es bestünden eine Lustlosigkeit, Ängstlich- und Freudlosigkeit, ein Interesseverlust, eine Leere, Antriebsarmut, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und ein sozialer Rückzug. Die Symptomatik müsse quantitativ als mittelgradig beurteilt werden.

Des Weiteren seien akzentuierte Persönlichkeitszüge mit paranoider und instabiler Färbung auszumachen. Der Beschwerdeführer zeige diesbezüglich affektive Schwankungen und sei nur eingeschränkt belastbar und stark instabil. Er fühle sich auch von den Menschen verfolgt, sei streitsüchtig und bestehe auf eigenen Rechten. Auch in der Untersuchungssituation habe er stark verweigernd gewirkt. In der Familie zeige er ebenfalls ein Misstrauen, was insbesondere auch seine Ehe stark belastet. Weiter habe er eine Tendenz zu einem stark überhöhten Selbstwertgefühl, was sich in der Phantasie, Allah zu sein, niederschlägt. Inwiefern es sich bei dieser Phantasie um eine Grössenvorstellung handle oder ob sie auch Ausdruck eines psychotischen Geschehens sei, könne nicht mit Sicherheit gesagt werden (S. 13 Mitte).

Als Differentialdiagnose nannte Dr. D. ___ eine paranoide Schizophrenie. Für die Diagnose spreche die Wirksamkeit von Seroquel, was den Beschwerdeführer subjektiv ein wenig beruhigt habe und ihn weniger ängstlich mache. Dass er gedacht habe, von Wanzen

abgehört zu werden oder Allah zu sein, sei schwierig zu bewerten, da ihm diese Fragen in der Untersuchung gestellt worden seien (S. 13 unten). Als weitere Differentialdiagnose nannte der Gutachter eine hebephrene Schizophrenie. Gegen die Diagnose spreche jedoch, dass diese Schizophrenieform meistens zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr beginne (S. 14).

Die von Dr. Z.____ diagnostizierte Panikstörung könne nicht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer habe verneint, dass er unter einschliessenden Ängsten leide oder unter der Angst, umzufallen oder zu sterben, begleitet von Zittern und Herzklopfen. Des Weiteren sei vom behandelnden Psychiater eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Ob eine Persönlichkeitsstörung vorliege, könne nicht sicher angegeben werden, insbesondere, da eine Anamnese der Kindheit unmöglich zu erheben gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe schlichtweg keine Antwort gegeben. Offensichtlich sei er immer wieder wütend und streite permanent. Daraus könne jedoch keine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ abgeleitet werden. Viel eher erscheine der Beschwerdeführer, wie beschrieben, permanent paranoid zu sein (S. 14 f. Ziff. 5.1). Auch abhängige Persönlichkeitszüge könnten nicht ausgemacht werden. Mit solchen sei auch nicht kompatibel, dass er ganz alleine und selbständig mit dem Auto zur Untersuchung gekommen sei. Ängstlich vermeidende Züge seien ebenfalls nicht eindeutig festzustellen gewesen. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung könne daher nicht bestätigt werden (S. 15 Ziff. 5.1 oben).

Aufgrund der Beschwerden von Seiten einer rezidivierenden depressiven Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Episode sowie aufgrund akzentuierter Persönlichkeitszüge mit paranoider und instabiler Färbung lasse sich unter Berücksichtigung aller Untersuchungsbefunde aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % begründen. Eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit bestehe nicht.

Der Beschwerdeführer habe während der ganzen Untersuchung nicht wirklich klar gemacht, ob er arbeiten könne und wolle oder nicht (S. 15 Ziff. 5.2). Er habe die Fähigkeit zur Teilnahme am Verkehr, da er alleine mit dem Auto zur Untersuchung gekommen sei. Weiter habe er die Fähigkeit zur Selbstpflege und zur Planung und Strukturierung von Aufgaben. Zuhause sei er zwar eingeschränkt, trotzdem habe er sich in seinem Lebenslauf als Hausmann ausgegeben. Weiter habe er die Fähigkeit, Entscheidungen und Urteile zu fällen und durchzuhalten. Dies habe er damit bewiesen, dass er alleine ohne Begleitung zur Untersuchung gekommen sei und er diese ohne Probleme durchgehalten habe. Die Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen sei wegen der paranoiden Tendenz des Beschwerdeführers sicher belastet. Er habe sodann auch die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten, indem er zuhause nach dem Abendessen mit den Kindern mit Freuden spielen und Spaziergänge unternehmen könne (S. 15 f.).

Dr. Z.____ habe sich im Bericht vom 18. September 2014 nicht klar zur Arbeitsfähigkeit seines Patienten geäussert. Er habe lediglich angegeben, dass der Beschwerdeführer seit über drei Jahren nicht mehr im freien Arbeitsmarkt beruflich tätig gewesen sei. Dieser sei aber mit Sicherheit nicht zu 100 % belastbar und anpassungsfähig (S. 16 Mitte). Die Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers sei bei der Untersuchung äussert mangelhaft gewesen. Es habe eine ausgesprochene Verweigerungshaltung bestanden (S. 17 Ziff. 5c).

Die genannte Arbeitsunfähigkeit von 40 % sei lediglich mit Leiden mit Krankheitswert begründet. Invaliditätsfremde Faktoren könnten nicht ausgemacht werden (S. 18 Ziff. 5g). Die paranoiden Tendenzen des Beschwerdeführers, insbesondere seine Verfolgungsgefühle und seine starke Wut, wirkten sich sicherlich auf das Familienleben aus (psychosoziale Probleme, S. 18 Ziff. 5i). 3.7

Med. pract. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD der Beschwerdegegnerin, gab in einer Stellungnahme vom 15. Juni 2015 (Urk. 6/36 S. 4 f.) an, im Gutachten von Dr. D.____ vom 30. Januar 2015 werde deutlich auf eine geringe Auskunftsfreudigkeit des Beschwerdeführers hingewiesen. Trotzdem fänden sich darin viele verwertbare Befunde und Angaben. Aus den im Gutachten gestellten Diagnosen resultiere eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 %.

Aus versicherungspsychiatrischer Sicht seien akzentuierte Persönlichkeitszüge indes nicht IV-relevant (S. 4 unten). Der Beschwerdeführer spiele nach dem Abendessen mit seinen Kindern und könne seinem Hobby nachkommen, da er in seinem Schrebergarten Blumen und Gemüse pflanze. Aus der gutachterlichen Situation ergebe sich weiter, dass er Autofahren könne. Trotz der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers von Müdigkeit, habe der Gutachter in der Untersuchung keine Müdigkeit und keine Ermüdbarkeit beobachtet.

Aufgrund der vorliegenden Angaben, der Befunde und des positiven Funktionsbildes könne der Grad der depressionsbedingten Arbeitsunfähigkeit auf 20 % geschätzt werden. Psychosoziale Faktoren seien im Gutachten nicht berücksichtigt worden. Für die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter in einem Imbiss und in einer angepassten Tätigkeit bestehe daher eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (S.

5).

3.8

Med. pract. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und praktische Ärztin, Oberärztin, Y.____, berichtete am 20. Oktober 2015 (Urk. 15/2) über ein Vorgespräch mit dem Beschwerdeführer über eine eventuelle stationäre Behandlung (S. 1). Med. pract. G.____ führte aus, das Gespräch sei sehr schwierig verlaufen. Anamnestische Angaben seien kaum gemacht worden. Im Gespräch hätten sich deutliche Auffassungs-, Konzentration- und Gedächtnisstörungen ergeben. Es sei nicht zu eruieren, ob diese aufgrund der sprachlichen Barriere vorherrschen würden (S. 2 Mitte).

Es habe sich ein sehr beeinträchtigter Mann gezeigt mit im Vordergrund stehender depressiver Symptomatik, wobei diese aufgrund der schwierigen Lebensgeschichte mit Migrationshintergrund zu sehen sei. Der Patient scheine keine Lebensperspektive für sich entwickeln zu können, sondern fühle sich von der Gesellschaft und dem gesellschaftlichen System bedroht. Gleichzeitig bestehe der Verdacht auf eine Affektregulationsstörung. Ob sich diese im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung darstelle, sei im Vorgespräch nicht ausreichend zu eruieren gewesen (S. 2 unten). 3.9

Frau H.____, geboren 1974, erklärte in einem Schreiben vom 20. Juli 2016, dass sie den Beschwerdeführer im Januar 2015 mit ihrem Fahrzeug zur Begutachtung durch Dr. D.____ nach O.____ gefahren habe (Urk. 12). 3.10

Dr. Z.____ berichtete am 10. Februar 2017 (Urk. 15/3) über die psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers. Der Psychiater bestätigte, dass die Behandlung in Intervallen von

drei bis vier Wochen stattfinden. Bis jetzt seien 61 Therapiesitzungen erfolgt. Der Beschwerdeführer leide seit Jahren durchgehend unter Angstzuständen und an einer Verstimmung (S. 1).

Als Befund seien eine leichte Auffassungsstörung und mittelgradige Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen festgestellt worden. Der Beschwerdeführer sei im formalen Denken leicht gehemmt, deutlich grübelnd und eingeengt auf seinen psychischen Zustand und die komplexe psychosoziale Situation (S. 2 oben). Die bisherige Behandlung und der Krankheitsverlauf hätten sich insgesamt sehr wechselhaft und schwierig gestaltet (S. 2 unten). Ein Sprach- und Integrationskurs sei gescheitert, da die Lernfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich eingeschränkt sei (S. 3 oben).

Die Leistungsfähigkeit als Hilfsarbeiter sei aufgrund der Psychopathologie wie einer Niedergeschlagenheit, einer raschen Ermüdbarkeit, der kognitiven Einschränkung, einer Antriebs- und einer psychomotorischen Störung sowie einer verminderten Stresstoleranz deutlich beeinträchtigt. Krankheitsbedingt beeinträchtigt seien die Anwendung fachlicher Kompetenz, die Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Gruppenfähigkeit, die Gestaltung familiärer beziehungsweise intimer Beziehungen, die Entscheidungsfähigkeit, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit, die Konfliktfähigkeit zu Dritten und die Initiierung von Spontanaktivitäten. Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit handle es sich um eine medizinisch-theoretische Einschätzung, da der Beschwerdeführer seit mehreren Jahren nicht mehr berufstätig sei (S. 3 unten).

Die sozialmedizinische Begutachtung des Beschwerdeführers sei ohne die Berücksichtigung und Wertung von Migrations- und transkulturellen Hintergründen nicht ausreichend. Die Biographie und Migrationsgeschichte des Beschwerdeführers sei im Gutachten diffus geblieben. Diese wäre zum Verständnis seiner Persönlichkeitsentwicklung und der Entwicklung der Erkrankungen aber nötig gewesen. Die Erfassung der Beeinträchtigungen durch eine Erkrankung sowie des individuellen Lebenskontextes sei für die Erstellung eines Gutachtens essenziell (S. 4 Ziff. 5 und 6). 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

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist eine invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung zwar nicht schlechthin auszuschliessen, indessen bedingt deren Annahme, dass es sich nicht bloss um eine Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, von einem psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt und im Weiteren, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Zumindest bei mittelschweren depressiven Episoden (ICD-10 F32.1) verneint dies das Bundesgericht regelmässig (Urteil des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014, E. 4.2). 4.3

Gemäss dem Schreiben von lic. phil. B.____ und Dr. A.____, Y.____, vom 3. September 2012 war eine im Jahr 2009 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung zum Zeitpunkt des

Schreibens remittiert (E. 3.2 hiervor). Im psychia trischen Gutachten von Dr. D.____ vom 30. Januar 2015 wurde erneut eine rezidivierende depressive Störung bei mittelgradiger Episode diagnostiziert (E. 3.6.3 hiervor). Dr. Z.____ diagnostizierte zudem eine Panik störung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (E. 3.5 hiervor). 4.4

Das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ vom 30. Januar 2015 erfüllt grundsätzlich die Anforderungen der Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (E. 4.1).

Der Gutachter wies mehrfach daraufhin, dass die Erhebung einer Anamnese stark beeinträchtigt gewesen sei, da der Patient wiederholt angegeben habe, dass er die Antwort nicht wisse oder Fragen nicht beantwortet habe (E. 3.6.2 hiervor). Infolge der mangelhaften Kooperation des Beschwerdeführers bei der Begutachtung kann gegen das Gutachten nicht vorgebracht werden, die Anam nese sei unzureichend erhoben worden. Infolge der ungenügenden Kooperation konnte auch nicht festgestellt werden, ob das Gedächtnis des Beschwerdeführers in der Tat beeinträchtigt ist oder inwieweit sich dieser der Untersuchung ver weigert hat (E. 3.6.2). In den Berichten des behandelnden Psychiaters vom 18. September 2014 und vom 10. Februar 2017 werden lediglich mittelgradige Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen erwähnt (E. 3.5 und 3.10 hier vor). Solche können das Verhalten des Beschwerdeführers jedoch nicht vollum fäng lich erklären. Nachdem für die Begutachtung ein Dolmetscher beigezogen wurd e, scheiden auch sprachliche Schwierigkeiten aus, was med. pract . G.____ als mögliche Erklärung angeführt hatte (E. 3.8). Der Frage, ob der Be schwer deführer seiner Mitwirkungspflicht bei der Begutachtung zu Genüge nach gekommen ist, muss jedoch nicht weiter nachgegangen werden, da der im Gut achten attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40 % aus anderen Gründen nicht gefolgt werden kann.

Der Gutachter ging davon aus, dass der Beschwerdeführer selbständig mit dem Auto zur Begutachtung gekommen sei (E. 3.6.2 hiervor). Frau H.____ gab im Schreiben vom 20. Juli 2016 jedoch an, dass sie den Beschwerdeführer zur Unter suchung gefahren und wieder abgeholt habe (E. 3.9). Die Einschätzung des Gutachters ist daher in diesem Punkt zu korrigieren. Der Gutachter führte als weitere Ressourcen des Beschwerdeführers bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben etwa den Umstand an, dass sich dieser im Lebenslauf für eine Zeit als Hausmann ausgegeben habe (E. 3.6.3). Auch wenn der Beschwerde führer nicht selbständig zur Untersuchung gefahren ist, wie der psychiatrische Gutachter annahm, kann auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet werden. Solche beantragte auch der Beschwerdeführer nicht. Das psychiatrische Gutachten von Dr. D.____ ist daher grundsätzlich beweistauglich.

Dr. D.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung bei mittel gradiger Episode. Eine solche Störung erweist sich als therapeutisch behandel bar. Dr. Z.____ bestätigte im Bericht vom 10. Februar 2017, dass die psychiatrische Behandlung mit einem Intervall von drei bis vier Wochen stattfinde (E. 3.10). Bei einem hohen Leidensdruck wäre jedoch zu erwarten, dass eine intensive Behandlung erfolgen würde beziehungsweise, dass der Be schwerdeführer mit einer solchen einverstanden wäre. Im Sinne der Recht sprechung des Bundesgerichts fehlt es daher an der Voraussetzung einer konse quent befolgten Depressionstherapie (E. 4.2 hiervor). Dafür, dass die festgestellte Depression gut zu behandeln ist, spricht auch, dass bereits nach der Abklärung im Y.____ im Jahr 2009 eine Remission erzielt worden ist (E. 3.2 hiervor). Die Diag nose einer mittelgradigen depressiven Episode vermag daher keine Ein schrän kung der Arbeitsfähigkeit zu

begründen. Die weiteren von Dr. Z.____ gestellten Diagnosen einer Panikstörung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung konnte Dr. D.____ gestützt auf die Untersuchung vom 23. Januar 2015 nicht bestätigen. Der Gutachter diagnostizierte stattdessen akzentuierte Persönlichkeitszüge mit paranoider und instabiler Färbung. Da es sich hierbei um eine Z-Diagnose handelt (ICD-10 Z73), erweisen sich die darauf zurückzuführenden Beschwerden definitionsgemäss als nicht invalidisierend.

Dr. D.____ nannte sodann als Differentialdiagnosen eine paranoide Schizophrenie sowie eine hebephrene Schizophrenie. Der Gutachter war sich jedoch unsicher, ob die Diagnosekriterien erfüllt sind und führte Gründe an, die gegen das Vorliegen einer Schizophrenie sprechen (E. 3.6.3). Es ist daher insofern von der Beurteilung durch Dr. D.____ abzuweichen, als der Beschwerdeführer im Hinblick auf die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Hilfsarbeiter nicht massgeblich und längerfristig in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass nach den Berichten von Dr. Z.____ die komplexe psychosoziale Situation des Beschwerdeführers stark im Vordergrund steht (E. 3.5 und 3.10). Stehen psychosoziale Faktoren jedoch gleichsam im Vordergrund, fehlt es auch aus diesem Grund an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. 4.5

Der medizinische Sachverhalt ist nach dem Gesagten als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiter, uneingeschränkt arbeitsfähig ist. Ein Rentenanspruch scheidet daher aus.

Die angefochtene Verfügung vom 13. Juni 2016 erweist sich demzufolge als rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Brugger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.

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