

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01038 vom 28. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01038](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01038)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01038 du 28 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01038 del 28 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 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 201

### **E. 1.3**

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).

### **E. 1.4**

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

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 Vorak ten (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).

### **E. 1.5**

Für die Bejahung eines Rentenanspruches im Rahmen einer Neuansmeldung nach vorausgegangener rechtskräftiger Verneinung wird analog zur Rentenre vision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG eine erhebliche Änderung des Invaliditäts grades verlangt (BGE 130 V 71, 117 V 198 E. 3a mit Hi nweis; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2 mit Hinweisen). Die Frage, ob eine solche Änderung eingetre ten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalte s im Zeitpunkt der letzten mate riellen rentenverweigernden rechtskräftigen Verfügung mit demjenigen zur Zeit des auf die Neuansmeldung hin ergangenen Entscheids (BGE 130 V 64 E. 2 mit Hinweis, 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen). Dabei ist zu beachten, dass Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnis sen gibt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesen tlichen gleich gebliebenen Sach verhaltes keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 371 E. 2b; vgl. a uch BGE 133 V 545 E. 6.1, 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob X.\_\_\_\_ am 15. September 2016 Beschwerde und beantragte (Urk. 1 S. 2), die Verfügung vom 12. August 2016 sei aufzuhe ben und ihm sei rückwirkend bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Wir kung ab 1. Juli 2013 bis am 31. Mai 2016 eine ganze Rente zuzusprechen. So dann sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den IV-Grad ab 1. Juni 2016 ermittle und verfüge. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Be willigung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwalt Stephan Kübler als unentgeltliche n Rechtsvertreter . Die IV-Stelle schloss i n ihrer Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2016 (Urk. 9 ) auf Abweisung der Be schwerde , was dem Beschwerdeführer am 18. Oktober 2016 (Urk. 11 ) mitgeteilt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Leistungsabweisung damit (Urk. 2), dass sich die medizinischen Gutachter in der Diagnosestellung einer rezidivierenden depressiven

Störung, leichter bis mittelgradiger Ausprägung einig seien. Auf die aus medizinischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit könne jedoch nicht abgestellt werden, da leichte bis mittelschwere psychische Störungen als therapeutisch behandelbar gälten und in der Regel keine dauerhafte und erhebliche Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Beim Beschwerdeführer habe sich gezeigt, dass die Unterstützung des behandelnden Arztes und der psychiatrischen Spitex zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes geführt hätten. Somit sei von einer Behandelbarkeit des Leidens auszugehen. Den Akten sei auch zu entnehmen, dass schwierige Lebensumstände (zum Beispiel die Trennung von der Ehefrau) zur Entwicklung der psychischen Problematik beigetragen hätten und aktuell die Erkrankung noch von mehreren psychosozialen Belastungsfaktoren aufrechterhalten werde. Ausserdem hätten sich Hinweise auf eine Symptomausweitung ergeben.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1 S. 6 f.), er leide seit Jahren an rezidivierenden depressiven Episoden und stehe deswegen seit Jahren in fachärztlicher Behandlung. Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte Psychiater habe festgehalten, dass er in der Regel mittelgradig depressiv sei und nicht ausgeschlossen werden könne, dass es phasenweise sogar mittel- bis schwergradig depressive Episoden gegeben habe. Es habe sich eine verselbständigte psychische Störung herausgebildet und neben allfällig vorhandenen psychosozialen Belastungen komme ihr eine eigenständige Bedeutung zu. Die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit durch die depressive Symptomatik sei auch durch die ungünstige Konstellation einer akzentuierten Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen unterhalten.

Nach ersten depressiven Episoden in den Jahren 2005/06 und 2010 stehe er seit dem Jahr 2012 ununterbrochen in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung, habe die ihm offenstehenden Therapieangebote angenommen und werde auch medikamentös behandelt. Trotz der konsequenten Depressions-therapie mit Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten habe sich das psychische Leiden jedoch als resistent erwiesen. Der rezidivierenden depressiven Störung komme damit invalidisierende Wirkung zu (S. 8 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung nach der Neuanmeldung vom 30. November 2012 (Urk. 10/61). In revisionsrechtlicher Hinsicht ist damit vorab zu untersuchen, ob sich seit dem Entscheid vom 2. November 2011 (Urk. 10/54) eine revisionsbegründende Tatsachenänderung zugetragen hat (vgl. E. 1.5 hiervor).

Der Entscheid vom 2. November 2011 (Urk. 10/54) war damit begründet, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2011 selber eine Anstellung als Primarlehrer gefunden hatte und ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen konnte. Diese Anstellung hat er bereits per Juli 2012 wegen Zeichen der Erschöpfung (Urk. 1 S. 3 unten), mithin aus gesundheitlichen Gründen, wieder aufgegeben (Urk. 10/96/2-3, vgl. Urk. 10/52). Damit liegt in erwerblicher Hinsicht eine revisionsbegründende Tatsachenänderung vor und es steht unabhängig davon, ob es zusätzlich auch zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen ist, eine umfassende Neuüberprüfung des Rentenanspruchs nichts im Wege (BGE 141 V 9 E. 2.3). 3.

Im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2010 über die stationäre Behandlung vom 17. Januar bis 9. April 2010 diagnostizierte die zuständige Ärztin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und eine akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1). Der Beschwerdeführer sei aufgrund eines depressiven Zustandsbildes bei akzentuierten Persönlichkeitszügen freiwillig auf die Psychotherapiestation der Klinik eingetreten. Bei Eintritt habe er im Affekt deutlich niedergestimmt gewirkt, wobei positive Einzelaffekte auslenkbar gewesen seien. Er habe vor allem eine starke Antriebsstörung angegeben, begleitend durch das Gefühl „einfach nicht mehr zu mögen“. Die depressive Symptomatik sei bei Austritt weitestgehend zurückgegangen und es habe einzig eine leichte Antriebsstörung mit schneller Erschöpfbarkeit weiter bestanden (Urk. 10/33/5-8). 3.2

Dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin am E.\_\_\_\_, vom 8. November 2010 (Urk. 10/39) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden (S. 1): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig Episode (ICD-10 F33.1), zuvor schwere Episode (ICD-10 F33.2) und ein Status nach zentralen Lungenembolien. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung. Der Beschwerdeführer sei am Anfang der ambulanten Behandlung mit Paroxelin eingestellt worden. Er habe sich weiterhin über sehr starke Stimmungsschwankungen und Versagensängste, was seine Tätigkeit als Lehrer anbelangt, beklagt. Da das ambulante Setting nicht mehr als ausreichend erschienen sei, sei er in die Psychiatrische C.\_\_\_\_ eingewiesen worden. Beim Beschwerdeführer bestünden eine depressive Grundstimmung, eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Insuffizienzerleben und Zukunfts- und Existenzängste und je nach Befinden ein variierendes Sinnlosigkeitsgefühl. Insgesamt sei die Prognose als positiv zu beurteilen, die Genesung könne sich jedoch verzögern. Die gegenwärtige Behandlung bestehe in ärztlichen Gesprächen ca. einmal pro Monat und psychologisch, psychotherapeutischen Gesprächen alle zwei Wochen (S. 2). 3.3

Gemäss nicht aktenkundigem, aber im Gutachten vom 19. Juni 2013 (vgl. E. 3.4 hienach) auszugsweise wiedergegebenem

Austrittsbericht vom 16. Oktober 2012 war der Beschwerdeführer vom 27. August bis 11. Oktober 2012 in der Z.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_, hospitalisiert. Bei Behandlungsbeginn stand ein deutlich depressives Zustandsbild im Vordergrund. Die depressive Symptomatik war unter der Therapie rückläufig und der Beschwerdeführer konnte in deutlich stabilerem Zustand aus- beziehungsweise in die tagesklinische Betreuung übertreten (Urk. 10/90 S. 3-4). Am 6. Februar 2013 berichtete die zuständige Assistenzärztin der Z.\_\_\_\_ über die teilstationäre Behandlung vom 15. Oktober 2012 bis 18. Januar 2013 in der Tagesklinik. Der Beschwerdeführer habe im August 2011 eine neue Anstellung zu 80 % als Lehrer aufgenommen. Nach deutlicher Überforderung und wiederholten Krankheitstagen, vor allem im Frühjahr 2012 mit Zunahme der depressiven Symptomatik, habe er selber gekündigt und sich in stationäre psychiatrische Behandlung in die F.\_\_\_\_ begeben, mit nachfolgender teilstationärer Behandlung in der Tagesklinik. Grob orientierend sei von einer aktuellen Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen und in angepasster Tätigkeit von 20 - 40 % auszugehen, die bei weiterer therapeutischer Unterstützung und schrittweise in den nächsten sechs Monaten auf 60 bis 80 % gesteigert werden könne (Urk. 10/85; vgl. auch Urk. 10/74). 3.4

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher im Auftrag der Personalvorsorge A.\_\_\_\_ am 19. Juni 2013 ein Gutachten verfasste, stellte folgende Diagnosen (Urk. 10/90 S. 16): Rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradig bis schwer (ICD-10 F32.1), bei narzisstisch akzentuierter Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1).

Der Gutachter hielt fest, der Beschwerdeführer habe über Müdigkeit, Antriebslosigkeit und Freudlosigkeit und Appetitlosigkeit berichtet. Auch die Fähigkeit, sich zu konzentrieren, sei herabgesetzt. Aktuell sei er auf Freiwilligenbasis bei der Suchthilfe Y.\_\_\_\_ für jeweils zwei Stunden an vier Tagen die Woche arbeitstätig. In der psychiatrischen Untersuchung sei eine deutlich herabgesetzte Stimmungslage bei einer eingeschränkten affektiven Schwungsfähigkeit aufgefallen. Gestik und Mimik seien verarmt. Der Beschwerdeführer habe mit leiser Stimme gesprochen und der Antrieb sei im Sinne einer psychomotorischen Verlangsamung reduziert gewesen. Aufgrund des langjährigen Verlaufes, zweier stationärer Hospitalisationen ohne wesentliche Zustandsverbesserung, bei einem vom behandelnden Psychiater als stagnierend umschriebenen Verlauf, müsse die Prognose eher pessimistisch eingeschätzt werden (S. 17 f.).

Zu den spezifischen Fragen erläuterte der Gutachter (S. 18 Ziff. 7), eine grundsätzliche Berufsunfähigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gegeben. Dies sei davon abhängig, ob sich der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf auffangen könne. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit könne bis zum Ende des Schuljahres bestätigt werden, die bisherigen Massnahmen seien adäquat und medizinisch indiziert und es liege ein Leiden mit Krankheitswert vor. Psychosoziale Faktoren seien nicht ursächlich an der Ausbildung des Krankheitsgeschehens beteiligt und der Beschwerdeführer habe alle ihm zumutbaren Massnahmen zur Schadenminderung ergriffen (S. 19 f.).

In der Folge fand vom 28. Oktober bis 22. November 2013 die Potentialerhebung bei B.\_\_\_\_ statt. Diese ergab aufgrund der Symptomatik eine stark beeinträchtigte beziehungsweise nicht gegebene Arbeits- und Leistungsfähigkeit (vgl. Schlussbericht vom 3. Dezember 2013, Urk. 10/111). 3.5

Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wies im Formularbericht vom 2. Juni 2014 an die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass der Beschwerdeführer bei ihm vom 5. Januar 2013 bis zum 10. April 2014 in zunächst wöchentlich (Urk. 10/90/10) ambulanter Behandlung gewesen war. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine rezidivierende depressive Episode, aktuell mittelgradig, bestehend seit dem ersten Halbjahr 2012 und eine narzisstische Persönlichkeitsstörung mit unklarem Beginn, möglicherweise im Erwachsenenalter, auf und beschrieb den Beschwerdeführer als antriebsarm und in sich versunken. Die Stimmung sei bedrückt niedergestimmt ohne Freude und Interesse, er reagiere aber noch erstaunlich positiv auf Freunde und zum Teil auf Kinder. Die Prognose sei schlecht. Die Symptomatik habe sich im Behandlungszeitraum nach vorübergehender leichter Verbesserung wieder zunehmend verschlechtert. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit vom 5. Januar 2013 bis 10. April 2014 in der Tätigkeit als Lehre attestiert und festgehalten, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, zum Beispiel Nachhilfeunterricht oder Ähnliches, sei ein Pensum von maximal drei Stunden täglich möglich (Urk. 10/130). 3.6

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie, diagnostizierte im Bericht vom 18. November 2014 (Urk. 10/145/6) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit

psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) und eine Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und passiv-aggressiven Zügen (ICD-10 F61). Der Beschwerdeführer stehe seit dem 30. Mai 2014 bei ihm in regelmäßiger ambulanter Behandlung. Zuvor sei er bis Ende März 2014 bei Dr. H. \_\_\_ gewesen. Wegen starken Beeinträchtigungsideen habe sich der Beschwerdeführer gegenüber Dr. H. \_\_\_ verbal aggressiv verhalten, so dass die Behandlung abgeschlossen werden müsse. Das psychische Zustandsbild habe sich von Mai bis November 2014 trotz intensiver Behandlung weiter verschlechtert und krankheitsbedingt sei es dem Beschwerdeführer zunehmend nicht mehr möglich, den alltäglichen, administrativen und finanziellen Angelegenheiten nachzukommen. Aktuell leide er unter einer schweren depressiven Episode mit einem stark verminderten Antrieb, Hemmung, Angstzuständen und einem starken Verlust des Selbstwertgefühls. Zeitweise komme es auch zu einer Agitiertheit. Es sei ihm zwischenzeitlich kaum mehr möglich, emotional zu reagieren und Interesse an sozialen Kontakten zu entwickeln. Die weitere Verschlechterung des psychischen Zustandsbilds habe sich auch auf die Betreuung seiner Kinder am Wochenende ausgewirkt, bei der er zunehmend überfordert sei, so dass die Besuche wiederholt vorzeitig hätten abgebrochen oder abgesagt werden müssen. Aktuell seien auch ein ausgeprägtes Misstrauen und Beeinträchtigungsideen gegenüber seinem sozialen Umfeld, insbesondere gegenüber den Behörden, zu beobachten. Bedingt durch die pathologische Persönlichkeit mit narzisstischen und passiv-aggressiven Zügen seien die Behandlung und die Integration deutlich erschwert und die depressive Episode werde dadurch verstärkt und chronifiziert. Wegen der schweren therapieresistenten psychiatrischen Erkrankung sei zum Ausschluss einer hirnorganischen Erkrankung ein Schädel-MRI durchgeführt worden, welches jedoch unauffällig gewesen sei. Er habe einen weiteren Klinikaufenthalt, eine therapeutische Wohnform und eine Meldung an die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde empfohlen, was der Beschwerdeführer bis anhin jedoch abgelehnt habe (Urk. 10/145/8). 3.7

Dr. med. J. \_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welcher im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 30. Juni 2015 eine Begutachtung durchführte, hielt in der Expertise vom 20. Juli 2015 die folgenden Diagnosen fest (Urk. 10/160 S. 8): Mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, phasenweise leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.01) Ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit gehemmten und narzisstischen Anteilen (Z73.1) - Schwierige finanzielle Situation (Z59) - Schwierige Wohnsituation (Z73) Der Gutachter berichtete (S. 9), der Beschwerdeführer habe sich beruflich positiv entwickelt und sei im zweiten Anlauf — nachdem er zuvor als Banker tätig gewesen sei — Primarlehrer geworden und habe während vielen Jahren Erfolg gehabt. Vermutlich habe er sich im Laufe der Jahre verausgabt und sei zufolge Überforderung im Jahr 2009 in ein Burnout geraten. Bereits vorgängig habe er an somatischen Beschwerden gelitten, welche eventuell mit der beruflichen Überforderung im Zusammenhang gestanden seien. Der Eintritt in eine psychiatrische Klinik sei durch eine Lungenembolie überschattet worden. Der Beschwerdeführer habe den Arbeitseinsatz bald wieder steigern können. Seit Sommer 2012 arbeite er nicht mehr als Lehrer. Zur prekären Entwicklung auf psychischem Gebiet hätten Lebensprobleme, insbesondere die im August 2010 erfolgte Trennung von der Ehefrau mitgeholfen. Im Vordergrund scheine aber doch die Überforderung im Lehrerberuf gestanden zu sein. Beim Beschwerdeführer seien mehrmals stärkere Verstimmungen aufgetreten, wobei sogar schwere depressive Episoden diagnostiziert worden seien. Nach

dem Sommer 2012 sei er nie mehr aus der Depression herausgekommen und es sei immer wieder zu depressiven Episoden gekommen. Es lasse sich damit eine rezidivierende depressive Störung diagnostizieren, wobei in der aktuellen Untersuchung die Symptomatik bei einer mittelgradigen depressiven Episode liege. Der Beschwerdeführer sei nicht suizidal, aber doch phasenweise deutlich verstimmt. Die Konzentration sei gut, er zeige keine Gedächtnisstörungen. Anamnestisch falle auf, dass er in der Stimmungslage schwankend sei, soll es doch gute Tage geben, während denen er aktiv sein könne. Dazwischen finde er sich auch in schlechten Phasen, während denen er kaum etwas tue. Die mittelgradige Ausprägung der depressiven Episode könne seit Sommer 2012 als Durchschnittswert angenommen werden, wobei es auch zu leichtgradigen depressiven Episoden gekommen sei. Der Beschwerdeführer werde regelmässig ambulant psychiatrisch behandelt und erhalte antidepressiv wirkende Medikamente (S. 9). Die durchgeführten therapeutischen Massnahmen erachtete der Gutachter als genügend (S. 12 und S. 16), genauso wie die entsprechende Mitarbeit des Beschwerdeführers (S. 15). Die Lebensumstände seien ungünstig, da der Beschwerdeführer nicht mehr in seinem ursprünglichen Wohngebiet in St. Gallen und wegen seiner Lehrertätigkeit nach Y.\_\_\_\_ gezogen sei. Hier beklage er, vom Sozialdienst zu wenig Geld zu erhalten, sich keine Wohnung leisten zu können und in einem Zimmer in Untermiete zu leben, was ihn sehr belaste, zumal er den Kindern während den Besuchstagen nur wenig bieten könne. Er halte sich deshalb oft bei seinem Freund in St. Gallen auf. Dort könne er in den Ausgang gehen, da er sich in dieser Umgebung wohl fühle und er gedenke nach St. Gallen zurückzukehren. Aus Sicht des Gutachters sei dies eine gute Idee, da dadurch eine positive Wirkung auf die Psyche erfolgen sollte (S. 9 f.). Da der Beschwerdeführer während der Ausübung seines Lehrerberufs beziehungsweise teilweise deswegen psychisch erkrankt sei, könne nachvollzogen werden, dass er nicht mehr in einem Schulbetrieb eingespannt sein wolle. Es sei ihm aber zumutbar, alternative Tätigkeiten auszuüben, zum Beispiel als Stellvertreter oder im Nachhilfeunterricht. Der psychische Zustand sollte es ihm erlauben, derartige Arbeiten zu ca. 60 % auszuüben (vgl. auch Urk. 10/170). In diesem Zusammenhang könne darauf hingewiesen werden, dass er eine regelmässige Tagesgestaltung habe und während den guten Phasen aktiv lebe, indem er Auto fahre, mit den Kindern Fussballspiele besuche, mit dem Freund in den Ausgang gehe, usw. Er sei auch aktiv am Malen. Dies alles lasse den Schluss ziehen, dass noch diverse Lebensaktivitäten vorhanden seien (S. 10). Ungünstige krankheitsfremde Faktoren führten dazu, dass er nicht arbeitstätig sei (lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, aggressive Stimmung gegenüber den Behörden, finanzielle Probleme, ungünstige Lebenssituation, Wunsch nach Berentung). Die Prognose sei unklar und die ambulante psychiatrische Behandlung sollte weitergeführt werden (S. 10 f.). 3.8

Im Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 7. März 2016, welches im Auftrag des Departements Soziales der Stadt Y.\_\_\_\_

in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Neuropsychologie erstellt wurde (Urk. 10/173), berichtete der zuständige Arzt (S. 8 f.), in der aktuellen Untersuchung seien beim 50-jährigen Beschwerdeführer rezidivierende depressive Zustandsbilder von leicht bis mittelgradigem Ausmass (ICD-10 F32.1) und eine Persönlichkeit mit akzentuierten Persönlichkeitszügen mit vor allem narzisstischen, gehemmten und passiv aggressiven Anteilen

zu diagnostizieren. Bei mittelgradigen Depressionen sei von einer deutlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen und in diesen Zuständen könnten sie eine

100%ige Arbeitsunfähigkeit „diagnostizieren“. Beim Beschwerdeführer sei das Zustandsbild schwankend. Im Zustand leichter Depression sei er durchaus fähig, Arbeiten ohne grosse Konzentrationsanforderungen zu leisten. In Zuständen mittelschwerer Depression sei seine Fähigkeit, sich zu konzentrieren, Ängste zu neutralisieren und mit anderen Menschen zusammen zu arbeiten, deutlich eingeschränkt. Die Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen, gehemmten, passiv-aggressiven Persönlichkeitsanteilen habe keine direkte Auswirkung auf die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit.

Der Beschwerdeführer sei zum jetzigen Zeitpunkt in seinem bisherigen Beruf als Lehrer zu 100 % arbeitsunfähig. Er sei nicht fähig, Spannungen auszuhalten, Herausforderungen zu meistern oder flexibel mit neuen oder sich verändernden Situationen umzugehen. In einer weniger anforderungsreichen Aufgabe, wo er allein an einem Arbeitsplatz Routinetätigkeiten ausüben könne, sei er jedoch zum jetzigen Zeitpunkt zu 50 % arbeitsfähig. Der psychische Zustand sei seit längerer Zeit stabil und Verbesserungen hätten sich durch die Unterstützung der Psychiatrischen Spitex und der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit durch Dr. I. \_\_\_ gezeigt. Eine adäquate und gute Behandlung sowie die Arbeit am Gesundungsprozess erachtete der Gutachter sowohl für den Beschwerdeführer als auch für den Therapeuten für herausfordernd (S. 8 f.).

Die Expertise von Dr. J. \_\_\_ hielt der Gutachter der Z. \_\_\_ für differenziert und kompetent. Er schloss sich der Beurteilung von Dr. J. \_\_\_ in Bezug auf die Diagnose, die bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Lehrer und die Zumutbarkeit von administrativen Tätigkeiten an (S. 9).

Im neuropsychologischen Teilgutachten hielt die zuständige Fachperson fest (Urk. 10/173/11-19), auf Nachfrage zur subjektiven Genesungsperspektive gebe der Beschwerdeführer an, dass er der Auffassung sei, dass es ihm am meisten helfen würde, „wenn er in Ruhe gelassen würde“, so würden sich seine Ängste verbessern. Er würde gerne seine Belastbarkeit steigern mit einer Zunahme von Wahrnehmen von Sozialkontakten, dies müsste sich jedoch in seinem Tempo entwickeln. Die Schwierigkeit sei, dass er Angst habe, sich zu verabreden, er müsse dann Termine einhalten, was ihn unter Stress setze. Derzeit müsse er mit sehr wenigen finanziellen Mitteln auskommen, was erhebliche Belastungen und Einschränkungen mit sich bringe. Deshalb hoffe er auf eine Rente von der Invalidenversicherung, da er dann finanziell etwas besser gestellt sei (S. 2).

Im Rahmen der Testabklärung zeige sich vordergründig eine ausreichend gute Kooperation, Fokussierung und angegebene Leistungsbereitschaft. Im Symptomvalidierungsverfahren hätten sich Hinweise auf nicht ausreichenden Effort gezeigt. Die überaus starke Angabe von verbaler und visuomotorischer Verlangsamung und hoher Fehlerzahl sei in diesem Ausmass mit einer leichten bis mittelschweren Depression nicht zu begründen und nicht ausreichend plausibel. Die Testbefunde seien mit dem klinischen Testverhalten nicht ausreichend konsistent, da beim angegebenen Ausmass weitere Auffälligkeiten im Testverhalten zu erwarten wären. Die Werte im Symptomvalidierungsverfahren hätten den Cut-off für den Verdacht bewusster Simulation hingegen nicht erreicht, so dass vorliegend, ohne anderweitige somatische Ätiologie der Störung, am ehesten von einer Symptomausweitung bei allfällig bestehenden kognitiven Symptomen der Depression auszugehen sei (S. 7). 4. 4.1

Aus den medizinischen Akten (E. 3.1 bis E. 3.9; vgl auch Urk. 10/152/3) ergibt sich , dass der Beschwerdeführer nunmehr an psychischen Beschwerden leidet.

Die im Rahmen der Erstanmeldung noch erwähnten Lungenprobleme ( Erw . 3.2) ziehen unbestrittenermassen keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit nach sich. In psychiatrischer Hinsicht sind sich die Ärzte einig, dass eine depressive Symptomatik die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkt, wobei das Ausmass der Depression im Verlauf phasenweise als schwer (E. 3.1), mittel gradig (E. 3.2 und 3.7) und zuletzt als leicht bis mittelgradig (E. 3.8) bezeichnet wurde. Daneben diagnostizierten einzig die beiden behandelnden Psychiater, Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_, eine Persönlichkeitsstörung (E. 3.5 und E. 3.6), was sowohl im Gutachten der Beschwerdegegnerin mit nachvollziehbarer Begründung (vgl. Urk. 10/160/10 und Urk. 10/160/15) als auch im Parteigutachten des Z.\_\_\_\_ verneint wurde; Dr. I.\_\_\_\_ hat im Übrigen die Diagnose selber relativiert (vgl. Urk. 10/173/7). Dr. H.\_\_\_\_ begründete sodann nicht, weshalb das vorgängig von allen Ärzten beschriebene Störungsbild einer narzisstisch akzentuierten Persönlichkeit gemäss ICD-10 Z73.1 nunmehr einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 F 60.8 entsprechen soll (vgl. Urk. 10/130). Auf eine Persönlichkeitsstörung ist damit nicht zu schliessen, sondern weiterhin von akzentuierten Persönlichkeitszügen auszugehen. Etwas anderes wird denn auch vom Beschwerdeführer , welcher insbesondere auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ abstellen will, nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 1 S. 6 und S. 12). 4.2

Dem Vorbringen des Beschwerdeführers ist insoweit zuzustimmen, dass eine invalidisierende Wirkung einer leichten respektive mittelschweren depressiven Störung nicht schlechthin auszuschliessen ist. Deren Annahme bedingt jedoch, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitsschadens anzunehmen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_303/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 4.4 mit weiteren Hinweisen und 9C\_369/2014 vom 19. November 2014). Es sind daher die Umstände des konkreten Falls zu berücksichtigen. 4.3

Vorliegend kann nicht von einer Ausschöpfung der therapeutischen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten gesprochen werden. So ergibt sich aufgrund der Akten, dass sich nach einer ersten stationären Behandlung vom 17. Januar bis 9. April 2010 die depressive Symptomatik weitestgehend zurück gebildet hatte (E. 3.1). Auch anlässlich einer weiteren stationären Behandlung vom 27. Juli bis 11. Oktober 2012 konnte bei Austritt ein stabilerer Zustand und eine rückläufige depressive Symptomatik verzeichnet werden (E. 3.3). Der behandelnde Dr. I.\_\_\_\_ empfahl, nachdem sich die Symptomatik wieder verschlechterte, einen weiteren Klinikaufenthalt sowie eine therapeutische Wohnform, was der Beschwerdeführer jedoch ablehnte (vgl. E. 3.6) mit der Begründung, er gedenke nach St. Gallen zurückzukehren, da dort die Wohnungen günstiger seien und er noch viele Leute kenne. Dabei befürchte er jedoch, von der dortigen IV-Stelle abgeklärt zu werden und dass bei einem Klinikeintritt die Invalidenversicherung den Fall noch mehr verzögere (Urk. 10/160/76). Es ist auch festzustellen, dass die seit Mai 2014 bei Dr. I.\_\_\_\_ durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung lediglich einmal alle drei Wochen stattfindet (vgl. Urk. 10/160/8), was Dr. J.\_\_\_\_ zwar als genügend, aber nicht als gut bezeichnete; der Gutachter der Z.\_\_\_\_ erkannte zudem die grosse Herausforderung der Therapie (E. 3.8), weshalb eine solch niedrige Behandlungsfrequenz unzu reichend ist. Sowohl die Beweggründe, sich aufgrund des laufenden IV-Verfahrens nicht der empfohlenen Therapie im stationären Rahmen zu unterziehen, als auch die niedrige

Behandlungsfrequenz im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Behandlung, sprechen nicht für einen erheblichen Leidensdruck. Überdies musste selbst im Parteigutachten des Z.\_\_\_\_ aufgrund der neuropsychologischen Testung auf eine ungenügende Leistungsbereitschaft und eine Symptomausweitung hingewiesen werden, wenn auch der cut-off für eine bewusste Simulation nicht erreicht wurde. Ebenso trat der Wunsch des Beschwerdeführers hervor, in Ruhe gelassen und mittels Rente versorgt zu werden, wie dies bereits anlässlich der Begutachtung durch Dr. J.\_\_\_\_ festgehalten werden konnte (E. 3.8).

Zudem liegen verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren vor, die massgeblich zur Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes beitragen und die rechtsprechungsgemäss von vornherein gegen die Leistungspflicht der Invalidenversicherung sprechen (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Bereits anlässlich der Hospitalisation in der Z.\_\_\_\_ im Jahr 2012 wurde erwähnt, dass die damals aktuelle depressive Episode im Zusammenhang mit mehreren psychosozialen Faktoren wie Umzug in eine neue Stadt ohne soziales Umfeld, Überforderung bei der Arbeit, Kündigung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten stehe (vgl. Urk. 10/90/5). Dr. J.\_\_\_\_ sprach in diesem Zusammenhang von ungünstigen Lebensumständen, welche er zu Recht als krankheitsfremde Faktoren bezeichnete (Urk. 10/160/10 unten und Urk. 10/160/13). 4.4

Daraus erhellt, dass einerseits die stationären Behandlungen stets zu einer massgeblichen Besserung der Symptomatik geführt haben und andererseits die seit Mai 2014 bei Dr. I.\_\_\_\_ durchgeführte ambulante psychiatrische Behandlung aufgrund der Behandlungsfrequenz als niederschwellig zu betrachten ist. Eine von letzterem empfohlene stationäre Behandlung lehnt der Beschwerdeführer aus invaliditätsfremden Gründen ab. Es kann daher weder von einer konsequenten Depressionstherapie gesprochen noch gesagt werden, dass Leiden therapeutisch nicht angegangen werden (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 20. August 2011 E. 5.3.4), weshalb ihm keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden kann. 4.5

Ferner bleibt zu bemerken, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Angaben zum Tagesablauf (Urk. 10/160/6 f.) eine regelmässige Tagesgestaltung aufweist und während guten Phasen aktiv lebt, indem er Auto fährt, spazieren geht, im Migros-Restaurant die Zeitung liest, mit den Kindern Fussballspiele besucht und selbst regelmässig Fussball spielt (Urk. 10/160/4), mit dem Freund in den Ausgänger geht und sich intensiv mit seinen Malarbeiten beschäftigt.

Auch mit Blick auf diese Tagesaktivitäten und die hierfür aufgewendeten Ressourcen ist nicht davon auszugehen, dass die diagnostizierte Depression – unabhängig davon, ob sie als leicht oder mittelschwer gefasst wird – eine erhebliche Beeinträchtigung der Gesundheit nach sich zieht. 4.6

Nach dem Gesagten ist erstellt, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden mit Krankheitswert vorliegt. Angesichts der klaren Aktenlage sind auch von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines weiteren Gutachtens, vgl. Urk. 1 S. 12) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b).

Zusammenfassend ist damit die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

## **E. 5**

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. 5.1**

Die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. insbesondere Urk. 3 und Urk. 8). Demzufolge ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Stephan Kübler als unentgeltlichen Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

### **E. 5.2**

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 900.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 5.3**

Bei diesem Verfahrensausgang steht dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, eine Entschädigung aus der Gerichtskasse zu. Diese bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 GSVGer in Verbindung mit §

### **E. 5.4**

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 15. September 2016 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der

unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, wird mit Fr. 2'194.90

(inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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 Gräub Nef

## **E. 7**

Abs. 1 und §

## **E. 8**

der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem  
Sozialversicherungsgericht, GebV

SVGer ).

Der mit heutigem Beschluss bestellte unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers macht mit seiner Honorarnote vom 18. Juli 2017 (Urk. 12) einen Aufwand von 9 Stunden sowie Auslagen in der Höhe von Fr. 52.30 geltend, was angemessen erscheint. Rechtsanwalt Stephan Kübler ist damit eine Entschädigung von Fr. 2'194.90 (inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zuzusprechen.

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