

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00137 vom 14. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00137

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00137 du 14 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00137 del 14 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, ausgebildeter Theologe, arbeitete zuletzt seit dem 1. Dezember 2012 als Pflegehelfer im Y.____ AG in Zürich, als er von seiner Arbeitgeberin am 5. November 2013 zur Früherfassung ange meldet wurde (Urk. 7/15). Der Versicherte meldete sich sodann am 20. Dezember 2013 unter Hinweis auf Neuralgien, Schmerzen in beiden Armen, eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie Depressionen zum Leistungsbezug an (Urk. 7/26 S. 5 Ziff. 6). Nach getätigten Abklärungen der medizinischen und erwerblichen Situation sprach die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten Frühinterventionsmassnahmen in Form einer Laufbahnberatung zu und erteilte ihm Kostengutsprachen für ein Belastbarkeits- sowie für zwei Aufbau trainings (vgl. Urk. 7/39; Urk. 7/53; Urk. 7/67; Urk. 7/77). Auch erteilte sie ihm Kostengutsprache für eine berufliche Massnahme in Form eines Praxiseinsatzes als Betreuungsassistent im Hort einer Schule mit Begleitung durch einen Job Coach (vgl. Mitteilung vom 17. Dezember 2015; Urk. 7/89). Die beruflichen Massnahmen wurden per 30. Juni 2016 abgeschlossen (vgl. Mitteilung vom 9. Mai 2016; Urk. 7/106).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/125; Urk. 7/128; Urk. 7/132) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Dezember 2016 (Urk. 7/136 = Urk. 2) einen Rentenanspruch des Versicherten.

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). 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3

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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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 objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2 ; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustige belastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.5

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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 31. Januar 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Dezember 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 100 %, eventuell entsprechend einem solchen von 60 %, zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. März 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 20. März 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, da die Eingliederungsmassnahmen bis Ende Juni 2016 durchgeführt worden seien, bestehe ein möglicher Rentenanspruch erst ab Juli 2016. Dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit als Pflegehilfsassistent nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe jedoch seit mindestens Februar 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Eine weitere Stabilisierung und damit eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne durch eine psychiatrische Behandlung erreicht werden. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor. Nach Vorahme des Einkommensvergleichs resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (S. 1 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), es sei auf das beweiskräftige psychiatrische Privatgutachten abzustellen. Er leide an einer bipolaren Störung mit einer gegenwärtig schweren depressiven Episode und sei daher vollständig arbeitsunfähig. Die ADHS sei ebenfalls zu 20 % einschränkend. Ausserdem sei das Valideneinkommen falsch berechnet worden. Er würde auch mit der neuen Religionszugehörigkeit als Akademiker und Theologe im Gesundheitsfall eine

angemessene Tätigkeit ausüben können (S. 11 ff.). Auf grund der vollständigen Arbeitsunfähigkeit stehe ihm eine ganze Invalidenrente zu. Selbst wenn lediglich die somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit in Betracht gezogen würde, ergebe sich eine Dreiviertelsrente (S. 16).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Dabei umstritten sind das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens sowie die Bemessung des Valideneinkommens. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer war vom 3. Februar bis 7. März 2014 stationär in den Kliniken O. ___ hospitalisiert. Mit Austrittsbericht vom 2. April 2014 (Urk. 7/43/7-10) diagnostizierten die Ärzte Folgendes (S. 1): - Zervikobrachialgie beidseits linksbetont, teilweise assoziiert mit Sensibilitätsstörungen, ohne Hinweis auf umschriebene Nerven- oder Wurzelschädigung mit/bei: - fraglichem zusätzlichem radikulären Reizsyndrom C6 - Epicondylitis

humeri

radialis links - normalem neurologischen Untersuchungsbefund - Status nach Protheseneinlage C4/5, mässiger multisegmentaler Degeneration der Halswirbelsäule (HWS) mit leichter Foramenstenose C5/6 rechts und C6/7 links, Diskopathien mit Wurzeltangierungen C5, C6 rechts und C7 links, keiner Myelonkompression (Magnetresonanztomographie, MRI, der HWS vom 10. September 2013) - Status nach ventraler Diskektomie, Einlage einer Prestige-Prothese C4/5 im Juli 2009 - rezidivierende depressive Episoden, derzeit aktiviert durch Trauerprozess (ICD-10 F33), mit Bupropion therapiert - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS; ICD-10 F90.0), mit Ritalin therapiert - Hörminderung bei Hochtönenabfall, Hörgeräte beidseits

Unter den physiotherapeutischen Massnahmen hätten die Kraft und Beweglichkeit der HWS verbessert sowie eine Reduktion der Schmerzsymptomatik erreicht werden können. Der Beschwerdeführer sei aufgrund der tragischen psychosozialen Situation psychologisch begleitet worden. Er habe in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden können (S. 2 f.). Die bisherige Tätigkeit als Pflegeassistent sei ihm bei Status nach operativer Prothese C4/5 und multisegmentaler Degeneration der HWS mit mehreren foraminalen Engen und Wurzeltangierungen sowie multiplen Beschwerden der HWS und Wirbelgleiten in Inklination L4/5 bei multisegmentaler Degeneration der LWS nicht mehr zumutbar. Hierbei handle es sich um eine schwere körperliche Tätigkeit mit nicht vorhersehbaren Belastungen der Wirbelsäule. Für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten mit Hantieren von Lasten bis maximal 15 kg bestehe Leistungsfähigkeit. Überkopfarbeiten seien grundsätzlich möglich. Hinsichtlich der geistigen/kognitiven Leistungsfähigkeit bestünden keine relevanten Einschränkungen. Aufgrund des Schmerzsyndroms sowie der derzeitigen psychosozialen Belastungssituation bestehe bis zum 11. März 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für die Zeit vom 12. bis mindestens 31. März 2014 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Danach sei eine erneute Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Im Verlauf sei jedoch mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu rechnen (S. 3 f.). 3.2

Dr. med. Z. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 20. Mai 2014 (Urk. 7/43/3-6) als Diagnose als mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine seit dem Jahr 2013 bestehende Wirbelsäulenproblematik. Als Diagnose ohne Auswirkung auf

die Arbeitsfähigkeit nannte er folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1): - zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits rechtsbetont, teilweise assoziiert mit Sensibilitätsstörung, ohne Hinweis auf umschriebene Nerven- oder Wurzelschädigung - Status nach Prothese C4/5, Juli 2009 - rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, rechtsbetont - Hörminderung bei Hochtönenabfall

Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelfer seit dem 10. Oktober 2013 vollständig arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). Gegenüber der Norm dürfte er noch etwa eine physische Belastbarkeit von 20 % und auf intellektueller Ebene eine solche von 50 % aufweisen. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm zu 4 Stunden pro Tag zumutbar (S. 3 Ziff. 1.7). 3.3

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 25. Juni 2014 (Urk. 7/44/5-14) an, dass er den Beschwerdeführer seit Juli 2008 behandle (S. 1 Ziff. 1.2) und folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 Ziff. 1.1): - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), seit Kindheit - rezidivierende depressive Episoden, aktuell mittelgradig (ICD-10 F32.10), seit 1984 - Verdacht auf narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80) - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - diverse Probleme mit der sozialen Umgebung und der primären Bezugsgruppe (ICD-10 Z60/63)

Im Verlauf der Behandlung sei deutlich geworden, wie sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner ADHS und seiner speziellen Persönlichkeitsstruktur immer wieder in beruflichen und private Schwierigkeiten gebracht habe. Für ihn sei es ein harter Weg, seine beruflichen Vorstellungen an die Realität anzupassen. Die Prognose sei gut, falls der Beschwerdeführer in nächster Zeit eine gewisse Ruhe- und Erholungsphase erlebe und weiterhin Unterstützung sowie eine Umschulung erhalte. Zum heutigen Zeitpunkt sei allerdings nicht auszusagen, dass er eventuell nur noch eine Teilarbeitsfähigkeit erreichen könne (S. 6 Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit als protestantischer Pfarrer sei ihm aufgrund seiner Konversion nicht mehr möglich. Die Arbeitsfähigkeit als Hilfspfleger sei durch einen Somatiker zu beurteilen (S. 6 f. Ziff. 1.6-1.7, Ziff. 1.9). 3.4

Am 21. Juli 2014 erachtete Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), die bisherige körperlich schwere Tätigkeit als Pflegehelfer als dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine angepasste körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne halswirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Überkopparbeit, Arbeiten in weitem Armvorhalte) sowie ohne häufige Rotationen der HWS sei möglich. Konzentrationsvermögen und psychische Belastbarkeit seien eingeschränkt (vgl. Urk. 7/105 S. 1). 3.5

Mit Schreiben vom 23. Januar 2015 (Urk. 7/96) bestätigte Dr. A.____ die bisher von ihm gestellten Diagnosen und erwähnte zusätzlich eine subsyndromal ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, S. 1). Die Sitzungen hätten während Krisenzeiten wöchentlich stattgefunden, ansonsten alle zwei bis drei Wochen. Die vom Beschwerdeführer angestrebte Arbeitstätigkeit von 40 % wäre aktuell ein grosser Erfolg und ein Hinweis darauf, dass sich sein psychischer Zustand trotz all der erlittenen Schicksalsschläge und Widrigkeiten langsam stabilisiert habe. Dies deutet auf das Vorliegen und die Entwicklung von zunehmender psychischer Widerstandsfähigkeit und sozialer

Ressourcen hin. Die Diagnosestellung einer ADHS sei nebst einigen durchgeführten Tests vorwiegend klinisch und anamnestisch erfolgt. Der Beschwerdeführer sei diesbezüglich medikamentös gut eingestellt (S. 3). 3.6

Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab mit Bericht vom 29. Februar 2016 (Urk. 7/101) an, dass sie den Beschwerdeführer seit dem 26. August 2015 behandle (S. 1 Ziff. 1.2) und folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 1 Ziff. 1.1): - PTBS (ICD-10 F43.1) - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0), seit Kindheit - rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2), seit 1984 - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80) - schädlicher Alkoholmissbrauch seit 10 Jahren, aktuell gesteigerte tägliche Trinkmenge unter Belastung - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56) - diverse Probleme mit der sozialen Umgebung und der primären Bezugsgruppe

Sodann nannte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Cannabisabhängigkeit über 30 Jahre lang (1975-2005), anamnestisch - selbstverletzendes Verhalten, Schnittverletzungen mit Rasierklinge an den Armen (13.-17. Lebensjahr), Verdacht auf eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) in der Adoleszenz

Der Beschwerdeführer habe mehrere traumatische Ereignisse – Suizidversuche der Mutter, Beschuldigung sexueller Nötigung, Suizid seines Bruders, Unfalltod des Sohnes seiner Lebenspartnerin, angekündigter Suizid seines Vaters und dessen Lebensgefährtin - erlebt. Durch den Suizid des Vaters und dessen Lebensgefährtin im März 2016 sei es zu einer erheblichen Verschlechterung des ohnehin labilen psychischen Zustandes gekommen (S. 2 f. Ziff. 1.4). Die psychiatrisch-psychotherapeutischen Sitzungen fielen aufgrund der massiven Belastungsfaktoren aktuell wöchentlich bis zu zweimal pro Woche statt (S. 3 Ziff. 1.5). Die Tätigkeit als protestantischer Pfarrer sei dem Beschwerdeführer wegen der Konversion zum Judentum nicht mehr möglich. In der bisherigen Tätigkeit als Hilfspfleger bestehe aus psychiatrischen Gründen sowie aufgrund von Triggerreizen seit mindestens dem 26. August 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3 Ziff. 1.6). Die Tätigkeit als Deutschlehrer sei zunächst für eine Lektion pro Tag zumutbar, wobei das Pensum möglicherweise steigerbar sei (S. 4 Ziff. 1.7). 3.7

Mit Stellungnahme vom 9. August 2016 fassten die RAD-Ärzte med. pract. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. E.____, praktische Ärztin, die gestellten Diagnosen sowie den Verlauf der attestierten Arbeitsunfähigkeiten zusammen. Das somatische Belastungsprofil beschrieben sie wie folgt: wechselbelastend, keine repetitiven Vorneigebewegungen, Arbeiten bis Schulterhöhe, körperlich leicht bis selten mittelschwer. Ein psychiatrisches Belastungsprofil sei nicht detailliert angegeben worden. Die Prognose sei bei stattfindender Therapie und überwiegend instabilem psychischen Gesundheitszustand offen (Urk. 7/124 S. 3 f.) 3.8

Am 20. Januar 2017 erstattete PD Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein psychiatrisches Gutachten zuhanden des Beschwerdeführers (Urk. 3/3). Dabei stellte er folgende Diagnosen (S. 7): - ADHS (ICD-10 F90.0), anamnestisch - bipolare affektive Störung, Bipolar II, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.4) - subsyndromale PTBS (kein Krankheitsbild gemäss ICD-10)

Die ADHS habe insgesamt eine geringe Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer benötige gegebenenfalls länger für die Ausübung von Tätigkeiten, müsse längere Pausen einlegen oder sich besser strukturieren. Daraus resultiere eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % in jeglicher Tätigkeit. Die subsyndromale PTBS habe keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die bipolare Störung sei allgemein eine Störung mit dem Risiko eines invalidisierenden Charakters. In grösseren Untersuchungen sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bei zirka der Hälfte der Betroffenen aufgetreten. Beim Beschwerdeführer bedeute dies, dass er in seiner Tätigkeit als Pfarrer in depressiven und hypomanischen Phasen vollständig arbeitsunfähig gewesen sei. In symptomfreien Intervallen habe dagegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Für die Tätigkeit als Hilfspfleger habe die bipolare Störung dieselbe Einschränkung. In jeglicher anderen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer in mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden sowie hypomanischen Phasen ebenfalls vollständig arbeitsunfähig. In leichten bis mittelgradig depressiven Episoden resultiere eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 8 Ziff. 4). Die 20%ige Einschränkung aufgrund der ADHS könne durch die adäquate Behandlung mit Ritalin weitgehend ausgeglichen werden (S. 9 Ziff. 6.2). Ein Verdacht auf Aggravation oder Simulation bestehe nicht (S. 10 Ziff. 6.4). Die gewichtigen Faktoren für eine Bipolar-II-Störung seien im biologischen und teils im erblichen Bereich bekannt. Diese Faktoren könne der Beschwerdeführer nicht durch Wegfall von Stressoren oder psychosozialer Belastung aufheben (S. 10 Ziff. 7.1). Von einer Verbesserung sei am ehesten durch eine adäquate Behandlung der bipolaren Störung auszugehen (S. 10 Ziff. 7.2). 4. 4.1

Anhand der vorliegenden Akten ist aus somatischer Sicht unbestrittenermassen ausgewiesen, dass dem Beschwerdeführer die bisherige körperlich schwere Tätigkeit als Pflegeassistent aufgrund der multiplen Beschwerden an der Wirbelsäule seit Oktober 2013 nicht mehr zumutbar ist (vgl. Urk. 7/43/3-6 S. 2 Ziff. 1.6; Urk. 7/43/7-10 S. 3 f.; Urk. 7/105 S. 1; Urk. 7/124 S. 3 f.). Dies kann in Kenntnis der gestellten Diagnosen und erhobenen Befunde sowie der beruflichen Anforderungen an einen Pflegeassistenten (vgl. hierzu auch die Arbeitsplatzbeschreibung in Urk. 7/22/3) nachvollzogen werden. In einer angepassten körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne halswirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Überkopparbeit, Arbeiten in weiter Armvorhalte) sowie ohne häufige Rotationen der HWS ist dagegen bereits einige Monate nach dem stationären Aufenthalt in den Kliniken O. ___ und spätestens ab Juli 2014 wieder von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. Urk. 7/43/7-10 S. 3 f.; Urk. 7/105 S. 1). Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer in Beachtung dieses Belastungsprofils eine ganztägige Tätigkeit nicht ausüben vermöchte. Die abweichende Beurteilung von Hausarzt Dr. Z. ___, wonach der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit lediglich 4 Stunden pro Tag arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 7/43/3-6 S. 3 Ziff. 1.7), kann nicht nachvollzogen werden, zumal dieser bei seiner Einschätzung auch die intellektuelle Belastbarkeit berücksichtigte. Dabei ist auch die Erfahrungstatsache zu beachten, wonach behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. statt vieler Urteile des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1 und I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2). Selbst der Beschwerdeführer bestreitet nicht, dass er aus rein somatischer Sicht in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. Der körperliche Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind demzufolge hinreichend klar, weshalb hierauf nicht weiter einzugehen ist. 4.2

In psychischer Hinsicht sind mehrere belastende Ereignisse in den letzten Jahren aktenkundig. So wurde der Beschwerdeführer der sexuellen Nötigung beschuldigt, sein Bruder beging Suizid und der Sohn seiner Lebenspartnerin starb unerwartet bei einem Unfall. Zuletzt begingen sein Vater und dessen Lebenspartnerin gemeinsam Suizid, welchen sie zuvor angekündigt hatten (vgl. hierzu Urk. 7/101 S. 2 Ziff. 1.4). Es ist nachvollziehbar, dass diese Schicksalsschläge belastend sind. Das Vorliegen einer PTBS kann hieraus allerdings – entgegen der Beurteilung von Dr. C.____ (vgl. Urk. 7/101 S. 1 f. Ziff. 1.1, Ziff. 1.4) - nicht abgeleitet werden, fehlt es hierfür an einem belastenden Ereignis oder einer Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses, welche der Beschwerdeführer selbst erlebt hat oder bei welcher er Augenzeuge war (vgl. die klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour / Schmidt, Hrsg., 10. Auflage, Bern 2015, S. 207 f.). Die von den übrigen Ärzten erwähnte subsyndromal ausgeprägte PTBS (vgl. Urk. 3/3 S. 7; Urk. 7/96 S. 1) stellt kein Krankheitsbild gemäss ICD-10 dar und vermag für sich allein keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Dies erkannte auch PD Dr. F.____ (vgl. Urk. 3/3 S. 8 Ziff. 4).

Die vorwiegend klinisch und anhand der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers festgestellte ADHS ist sodann lediglich leicht ausgeprägt und medikamentös gut eingestellt (vgl. Urk. 7/44/5-14 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 7/96 S. 3), weshalb sich einzig damit keine relevante Arbeitsunfähigkeit begründen lässt. Zwar erwähnte PD Dr. F.____ eine daraus resultierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % in jeglicher Tätigkeit. Allerdings erkannte er auch, dass diese durch die adäquate Behandlung mit Ritalin weitgehend ausgeglichen werden könne (vgl. Urk. 3/3 S. 8 f. Ziff. 4, Ziff. 6.2). Eine solche adäquate Medikation ist vorliegend gegeben. Die von Dr. A.____ überdies verdeckt geäusserte und schliesslich durch Dr. C.____ – allerdings ohne jegliche Begründung - diagnostizierte narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.80) wird aus medizinischer Sicht nicht schlüssig hergeleitet. Gewichtiger als die „richtige“ Diagnose ist allerdings ohnehin, dass der Nachweis der Invalidität eine gesundheitlich bedingte erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung voraussetzt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1, 139 V 547 E. 9.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_813/2016 vom 10. März 2017 E. 4). Dieser wird vorliegend nicht erbracht. Zwar lässt sich ein eher wechselhaftes Privat- und Berufsleben des Beschwerdeführers erkennen, was etwa Dr. A.____ auf die ADHS sowie die spezielle Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers zurückführte (Urk. 7/44/5-14 S. 6 Ziff. 1.4). Allerdings konnte der Beschwerdeführer trotz dieser Gegebenheiten jahrelang in unterschiedlichen Bereichen einer Erwerbstätigkeit nachgehen.

Die durch PD Dr. F.____ – vorwiegend unter Hinweis auf allgemeine theoretische Ausführungen (vgl. Urk. 3/3 S. 7) - diagnostizierte bipolare affektive Störung mit gegenwärtig schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F31.4) kann schliesslich nicht nachvollzogen werden, finden sich doch anamnestisch keine eindeutigen Hinweise auf hypomanische, manische oder gemischt affektive Episoden (vgl. hierzu die klinisch-diagnostischen Leitlinien, a.a.O., S. 167). Ausserdem nahm er bei seiner diesbezüglichen Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit einzig Bezug auf eine durchgeführte Studie und nicht auf die konkreten Gegebenheiten beim Beschwerdeführer

(vgl. Urk. 3/3 S. 8 Ziff. 4a). Seine Einschätzung ist daher weder schlüssig noch plausibel begründet. Von den übrigen Ärzten wurde demgegenüber eine bereits seit 1984 bestehende rezidivierende depressive Störung derzeit mittelgradiger bis schwerer Ausprägung diagnostiziert (vgl. Urk. 7/43/7-10 S. 1; Urk. 7/44/5-14 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 7/101 S. 2 f. Ziff. 1.4). Es gilt nun, die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers anhand der Standardindikatoren zu ermitteln (vorstehend E. 1.3). 4.3

Vorliegend geht klar hervor, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erst durch die vielen erlittenen Schicksalsschläge verschlechtert hat und die bereits seit Jahren bestehende affektive Störung dadurch aktiviert wurde (vgl. Urk. 7/43/7-10 S. 1 und S. 3; Urk. 7/44/5-14 S. 1 Ziff. 1.1; Urk. 7/96 S. 3; Urk. 7/101 S. 2 f. Ziff. 1.4). Die derzeit bestehenden psychischen Beeinträchtigungen rühren daher im Wesentlichen von den ausgeprägten und zweifelsohne belastenden psychosozialen und damit nicht versicherten Faktoren her (vgl. vorstehend E. 1.4). Solche invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren sind bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit weiterhin zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_616/2015 vom 20. Mai 2016 E. 3.2). Neben den erlittenen Schicksalsschlägen fallen in der biographischen Anamnese des Beschwerdeführers auch wiederholt private und berufliche Probleme auf, welche von Dr. A.____ auf die ADHS und die spezielle Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers zurückgeführt werden (vgl. Urk. 7/44/5-14 S. 6 Ziff. 4). Diese fallen zwar als ressourcenhemmende Komorbiditäten in Betracht (vgl. hierzu Präzisierung von E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 durch das zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1). Dabei gilt allerdings ebenfalls zu erwähnen, dass die ADHS medikamentös gut eingestellt ist und der Beschwerdeführer trotz dieser Gegebenheiten jahre lang in unterschiedlichen Bereichen einer vollschichtigen Erwerbstätigkeit nachgehen konnte. Sodann wird bereits von einer Stabilisierung des Gesundheitszustandes und einer noch zu erwartenden Verbesserung durch die Weiterführung der psychiatrischen Behandlung berichtet. Auch eine gute Prognose und die Entwicklung sozialer Ressourcen werden erwähnt (vgl. Urk. 3/3 S. 10 Ziff. 7.2; Urk. 7/43/7-10 S. 3 f.; Urk. 7/44/5-14 S. 6 Ziff. 1.4; Urk. 7/96 S. 3). Eine behandlungsresistente, therapeutisch nicht mehr angehbare Störung, welche rechtlich als invalidisierend gelten würde, ist daher nicht erkennbar (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Aufgrund dessen und der zeitlichen Übereinstimmung hinsichtlich der Entstehung der Beschwerden mit den belastenden Ereignissen ist vorliegend - unter Ausklammerung dieser psychosozialen Faktoren - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem geringen Schweregrad der Gesundheitsschädigung auszugehen. Schliesslich ergibt sich hinsichtlich der Konsistenz aus dem gegenüber PD Dr. F.____ geschilderten Tagesablauf (vgl. Urk. 3/3 S. 4), dass zwar keine Tagesstrukturierung mehr besteht. Ein schwerer sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens liegt allerdings noch nicht vor, pflegt der Beschwerdeführer doch insbesondere mit seinen Kindern einen intensiven Kontakt (vgl. auch Urk. 7/96 S. 3). Gesamthaft betrachtet ist aufgrund dieser Feststellungen ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden zu verneinen. 4.4

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines somatischen Leidens in der bisherigen Tätigkeit als Pflegeassistent seit Oktober 2013 nachweislich nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des Belastungsprofils ist dagegen seit spätestens Juli 2014 von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Das psychische Leiden ist nicht invalidisierend. 5.

Hinsichtlich des gestützt auf Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG zur Beurteilung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorgenommenen Einkommensvergleichs ist schliesslich einzig die Bemessung des hypothetischen Valideneinkommens strittig. So machte der Beschwerdeführer geltend, aufgrund seiner Ausbildung als Theologe dürfe nicht von einem Einkommen als Hilfspfleger ausgegangen werden (vgl. Urk. 1 S. 14 ff. Ziff. 3.3). Aus diesem Vorbringen kann er allerdings nichts zu seinen Gunsten ableiten. Mit seiner theologischen Ausbildung stehen ihm zweifelsohne verschiedene Berufszweige offen, welche höchstwahrscheinlich besser entlohnt werden als die zuletzt effektiv ausgeübte Tätigkeit als Hilfspfleger. Aus medizinischer Sicht ist er in einer solchen Tätigkeit allerdings uneingeschränkt arbeitsfähig, sind die somatischen Beeinträchtigungen dabei nicht relevant und ist das psychische Leiden – wie zuvor ausgeführt (vorstehend E. 4.3) – nicht invalidisierend. Somit würde sich die Vornahme eines Einkommensvergleichs erübrigen. Berücksichtigt man demgegenüber – wie die Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/123) – das in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfspfleger erzielte Einkommen, ergibt sich ein ebenfalls nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 17 %. Zu erwähnen bleibt, dass sich die Beschwerdegegnerin bei der Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens – trotz der Ausbildung des Beschwerdeführers – lediglich auf den Lohn für Hilfsarbeiten abgestützt hat. Da sich indessen in jedem Fall ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt, erübrigen sich weitere Ausführungen hierzu.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 Dr. Cristina Schiavi - 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 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannMeierhans

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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 vor handen 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 sozio kulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne ver selbständigte 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 eigentli chen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen ver selbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend aus wirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

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