

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00553 vom 5. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00553

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00553 du 5 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00553 del 5 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1982, war zuletzt von August 2013 bis Juli 2014 beim Verein Y.____ in einem Pensum von 10-15 % tätig (Urk. 5/2 Ziff. 5.4) . Unter Hinweis auf einen Status nach Keim zelltumor des rechten Hodens sowie psychische Beschwerden meldete sich der Versicherte am 17. Juli 2014 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische (Urk. 5/9-10, Urk. 5/16, Urk. 5/19, Urk. 5/26-27, Urk. 5/31) und erwerbliche (Urk. 5/7) Situation ab.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/29-45) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. April 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 5/46 = Urk. 2) .

E. 1.1

Versicherte mit vollendetem 20. Altersjahr, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten nach Art. 5 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinn gemäss anwendbar. Demnach sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

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).

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 fach ärztlich 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 vorgesehene 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 gewisse 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 leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik (zur Publikation vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.3).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1). #

E. 1.3

und Ziff.

E. 2

0. Juni 2017 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit längerfristig einschränke. Die Arbeitsunfähigkeit sei auf finanzielle und private Belastungen zurück zu führen (S. 1).

E. 2.2

).

3.6

Die Ärzte der B.____ berichteten mit Austrittsbericht vom 2. April 2015 (Urk. 5/31/9-11) über die teilstationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 10. bis 30. März 2015 in der Nachtambulanz und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitsyndrom (ICD-10 F10.2)

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer vom Zentrum für Abhängigkeitskrankheiten der B.____ zugewiesen worden sei bei depressiver Entwicklung im Rahmen einer Trennungssituation im Dezember 2014 nach eineinhalbjähriger Beziehung. Seit Januar 2015 nehme er Olanzapin, seit Anfang Februar 2015 Wellbutrin ein. Ziele der teilstationären Behandlung seien Hilfe bei Alkoholabstinenz sowie Umgang mit Einsamkeitsgefühlen vor dem Hintergrund einer depressiven Episode (S. 1).

Der Beschwerdeführer sei im Affekt vermindert schwingungsfähig und die Stimmung sei niedergeschlagen. Der Antrieb sei vermindert. Es bestünden Einschlafstörungen mit Früherwachen. Der Appetit sei reduziert. Während der Hospitalisation sei der psychische Zustand schwankend gewesen. Zwar seien Alkoholatemptests negativ ausgefallen und es sei keine Entzugssymptomatik zu beobachten gewesen, seine depressive Symptomatik sei jedoch unverändert geblieben mit deprimierter Grundstimmung, Antriebschwäche, Schlafstörungen, Appetitminderung und zeitweisen passiven Suizidgedanken. Er habe kaum therapeutische Hilfe in Anspruch genommen und sei zuletzt nicht mehr zu den gemeinsamen Aktivitäten erschienen. Bei oberärztlichen Standort- und Visitingesprächen habe er unentschuldig gefehlt. Die Hospitalisationsziele hätten nicht erreicht werden können, insbesondere weil der Beschwerdeführer zu oft abwesend geblieben sei. Obwohl keine Hinweise auf einen komplizierten Alkoholentzug bestanden hätten und kein Alkoholrückfall während der Hospitalisation nachgewiesen werden können, sei ein

stationärer Alkoholentzug vor einer allfällig erneuten Hospitalisation in der Nachklinik sinnvoll. Ebenfalls sei eine Therapiemotivation für den teilstationären Rahmen zu prüfen (S. 2).

3.7

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, B.____, berichtete am 27. April 2016 (Urk. 5/31/1-

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung. 3. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Medizinische Onkologie, Onkozentrum, berichtete am 23. Oktober 2014 (Urk. 5/9 /1-4) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1):

- gemischter Keimzelltumor des rechten Hodens, 2011
- aktuell: Reoperation eines metastasenverdächtigen Lymphknotens retro peritoneal

Er führte aus, dass die Prognose noch unklar sei (S. 2 Ziff. 1.4). Derzeit bestehen keine Einschränkungen (S. 2 Ziff. 1.7).

3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. November 2014 (Urk. 5/10/6-8) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - chronische Ein- und Durchschlafstörungen mit verlängerter Aufwachphase bei verschobenem Schlaf-/Wachrhythmus - psychophysische Insomnie - kognitive Defizite mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblemen - gemischter Keimzelltumor des rechten Hodens, zurzeit in Behandlung wegen Verdacht auf Rezidiv

Er führte aus, dass die Schlafstörungen wahrscheinlich nicht mehr zu beheben seien und auch zu erwarten sei, dass weiterhin angstdepressive Zustände auftreten (S. 1 Ziff. 1.4). Bis zum 3. August 2014 habe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 4. August 2014 sei eine 40-50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 2 Ziff. 1.6). Der Beschwerdeführer sei ohne Arbeit und mache seit zirka Juli 2014 einen Arbeitsversuch mit Kinderbetreuung im Hort. Dieser verlaufe positiv. Eine Tätigkeit in diesem Rahmen sei zu etwa 40-50 % möglich (S. 2 Ziff. 1.7).

3.3

Dr. Z.____ berichtete am 20. Mai 2015 (Urk. 5/16) und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Lymphknoten-Rezidiv eines Keimzell-Tumors des Hodens, bestehend seit November 2014 (S. 1 Ziff. 1.1). Er führte aus, dass die Prognose zweifelhaft sei (S. 3 Ziff. 3.3). 3.4

Dr. A.____ berichtete am 9. Juni 2015 (Urk. 5/19), nannte die bekannten Diagnosen und führte aus, dass der psychische Zustand des Beschwerdeführers in etwa stationär sei. Probleme wie zum Beispiel die grossen finanziellen Probleme würden immer wieder zu depressiven Schüben führen und eine Verschlechterung des psychischen Zustandes bewirken. Der Beschwerdeführer sei jedoch trotzdem bemüht, einer Arbeit nachzugehen und die Arbeitszeit zu steigern (S. 1 Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer habe im Bereich

Kinderbetreuung eine Arbeit gefunden, die ihm gefalle und auch seinem Schlafproblem mit ver längerter Aufwachphase entgegenkomme (S. 1 Ziff. 2.1). Gegenwärtig fänden zwei- bis dreimal wöchentlich eine Psychotherapie sowie zirka halbjährliche onkologische Nachkontrollen statt (S. 3 Ziff. 3.1). 3.5

Dr. A.____ berichtete am 20. Januar 2016 (Urk. 5/26) und führte aus, dass sich leider aufgrund einer schwierigen sozialen Situation (der Beschwerdeführer sei Vater eines Sohnes geworden und die Mutter habe ihm das Kind entzogen) eine massive Verschlechterung des psychischen Zustandes eingestellt habe . Der Beschwerdeführer sei in psychiatrischer Behandlung und deswegen seit dem 4. Januar 2016 nicht arbeitsfähig (S. 1 Ziff.

E. 4

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer

am 26. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 4.1

Den medizinischen Akten lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor dem Hintergrund einer diagnostizierten Anpassungsstörung , einer rezidivierenden depressiven Störung, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung sowie eines

Alkoholabhängigkeitssyndroms (vgl. vorstehend E. 3) während rund 20 Tagen eine teilstationäre Behandlung in der Nachtambulanz der B.____ (vgl. vorstehend E. 3.6) sowie während rund drei Monaten eine teilstationäre Behandlung im Sanatorium D.____

in Anspruch nahm und danach in die ambulante Weiterbehandlung der B.____ entlassen wurde .

In somatischer Hinsicht findet sich vorliegend die Diagnose eines Keimzelltumors des rechten Hodens mit Erstdiagnose im Jahre 2011 (Behandlung mit Orchiektomie und anschliessender Chemotherapie), im September 2014 wurde sodann ein Rundherd im Mediastinum festgestellt, wobei der Tumor gutartig gewesen ist (vgl. vorstehend E. 3.1 , Urk. 5/44/10) .

E. 4.2

Invalditätsfremde psychosoziale Faktoren sind bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auch nach der geänderten Rechtsprechung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. vorstehend E. 1.2) weiterhin zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_616/2015 vom 20. Mai 2016 E. 3.2). Entsprechend ist nach geänderter Rechtsprechung bei sämtlichen psychischen Leiden beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (zum strukturierten Beweisverfahren und den Indikatoren vgl. vorstehend E. 1.2) festzustellen, ob die Schwere des Krankheitsgeschehens auf einen (versicherten) Gesundheitsschaden oder auf nicht versicherte Faktoren zurückzuführen ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1).

Vorliegend führten sowohl die Ärzte der B.____ (vgl. vorstehend E. 3.6), des Sanatoriums D.____ (vgl. vorstehend E. 3.8) wie auch der den Beschwerdeführer ambulant behandelnde Dr. C.____ (vgl. vorstehend E. 3.7 und E. 3.9) und der Beschwerdeführer selbst aus, es gehe ihm schlecht

seit der Trennung und dem Auszug der Ex-Freundin mit dem gemeinsamen Sohn. Die Kindsmutter verweigert ihm, den gemeinsamen Sohn zu sehen.

Er sei deshalb nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Er könne sich emotional nicht anderen Kindern widmen, wenn er seinen eigenen Sohn nicht mitbetreuen könne (Urk. 5/31 /4, Urk. 5/31/9). Es bestünden Konflikte mit den Behörden betreffend Besuchsregelung (Urk. 5/44/11 , Urk. 5/44/2). Weiter habe der Beschwerdeführer Schulden , wobei er den Betrag nicht nennen wolle , und es bestehe eine Kündigungsabsichtserklärung auf September 2016 (Urk. 5/44/8 -9). Es bestehe eine starke Denk - einengung und überwertig anmutende Ängste und Sorgen betreffend das Wohlergehen des Sohnes. Die Ärzte nannten damit im Wesentlichen Beeinträchtigungen, welche von den ausgeprägten und zweifelsohne belastenden psychosozialen und damit nicht versicherten Faktoren (vgl. vorstehend E. 1.3) herrühren. Aufgrund der zeitlichen Übereinstimmung hinsichtlich der Entstehung beziehungsweise Intensivierung der Beschwerden mit den schwierigen familiären Ereignissen ist vorliegend - unter Ausklammerung dieser psychosozialen Faktoren - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem geringen Schweregrad der Gesundheitsschädigung auszugehen.

E. 4.3

Weitere wichtige Indikatoren für die Ermittlung der Schwere eines Gesundheits Schadens sind Verlauf und Ausgang von durchgeführten Therapien. Scheitern lege artis und mit optimaler Kooperation durchgeführte Therapien, deutet dies auf eine negative Prognose hin. Nur therapeutisch nicht mehr angehbare Störungen können rechtlich als invalidisierend gelten. Bei einem erst relativ kurze Zeit andauernden - somit noch kaum chronifizierten - Krankheitsgeschehen dürften regelmässig noch therapeutische Optionen bestehen, eine Behandlungsresistenz also ausgeschlossen sein (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

Hinsichtlich des Therapieverlaufs geht aus den Akten, insbesondere dem Bericht des Sanatoriums D.____

hervor, dass der Beschwerdeführer sowohl eine antidepressive als auch eine neuroleptische Medikation wiederholt abgelehnt habe (Urk. 5/44/11). Bereits die Definition eines gemeinsamen psychotherapeutischen Behandlungsziels habe sich schwierig gestaltet und auch eine verhaltens therapeutische Depressions-Behandlung sei während der tagesklinischen Behandlung nicht gelungen, unter anderem weil eine Lockerung der eingeschränkten Sichtweise und damit eine Auslenkung vom Thema „ Kindsmisbrauch “ nicht möglich gewesen sei

(Urk. 5/44/11) . Auch die Ärzte der B.____ berichteten über den teilstationären Aufenthalt, dass der Beschwerdeführer kaum therapeutische Hilfe in Anspruch genommen habe und zuletzt nicht mehr zu den gemeinsamen Aktivitäten erschienen sei. Bei oberärztlichen Standort- sowie Visitenge sprächen habe er unentschuldig gefehlt (Urk. 5/31/11) .

Von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren Störung kann daher nicht ausgegangen werden.

E. 4.4

Hinsichtlich der Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (Indikator „Komorbiditäten“, vgl. vorstehend E. 1.2) ist festzuhalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn

ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (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).

Angesichts des Verlaufs der teilstationären Behandlungen sowohl in der B.____ wie auch im Sanatorium D.____ und des Verweigerns einer medikamentösen Therapie kommt vorliegend weder der Anpassungs- noch der depressiven Störung eine relevante ressourcenhemmende Wirkung zu.

E. 4.5

Des Weiteren bestehen keine Hinweise auf strukturelle Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik (Komplex der Persönlichkeit, vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2), welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten. So ist den Ärzten des Sanatoriums D.____ zwar Misstrauen und Verslossenheit aufgefallen, was als charakteristische Züge einer Persönlichkeitsstörung im klinischen Bild gedeutet werden könnte. Da dies jedoch nur in der Kommunikation mit den Behandlern, nicht aber mit den Mitpatienten der Fall war, und weitere Züge nicht festgestellt wurden sowie auch die allgemeinen Kriterien einer solchen Diagnose nicht erfüllt sind (vgl. vorstehend E. 3.10), kann die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht nachvollzogen werden. Ein sozialer Rückzug ist zwar in minimalem Masse vorhanden (ausser für die Therapiesitzungen und Termine bei Behörden verlässt er seine Wohnung kaum mehr, Urk. 5/44/10), aus dem Bericht des Sanatorium D.____ geht jedoch hervor, dass der Beschwerdeführer in einem guten Kontakt zum Patientenkollektiv gestanden habe und vom Kontakt zu den Mitpatienten sowie der gebotenen Tagesstruktur habe profitieren können (Urk. 5/44/11), mithin eine Tagesstruktur und sozialer Kontakt wieder mehr vorhanden sind. Damit enthält der soziale Lebenskontext (Komplex sozialer Kontext; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3) bestätigende und mobilisierbare, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

E. 4.6

Zusammenfassend spricht der funktionelle Schweregrad des Gesundheitsschadens gegen eine invalidisierende Einschränkung. Daneben liegt keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen vor, da offenbar eine aktive Vorgehensweise bezüglich der Besuchsregelung mit der KESB sowie ausführliche Recherchen in der Literatur (mehrere Studien gelesen und sich mit Fachpersonen ausgetauscht) zum Thema Entfremdung als psychischer Missbrauch möglich sind (vgl. Urk. 5 / 44/2), was mit der vom Beschwerdeführer geltend gemachten massiven Einschränkung im Erwerbsbereich nicht vereinbar ist. Damit ist unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die psychischen Störungen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen und die geltend gemachten Einschränkungen anders begründet sind als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung. 5. Nach dem Gesagten bleibt somit kein Raum für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen vorzunehmen, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Damit erweist sich die einen Rentenanspruch verneinende Verfügung vom 3. April 2017 als

rechts, war zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 6. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-L 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. 700.-- 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. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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, zu zustellen.

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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Schüpbach

E. 6

).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion und massiver Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.25) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicher-dependenten, zwanghaften sowie paranoiden Anteilen auf dem Hintergrund einer sehr schwierigen Kindheit (Aggressionen des Vaters, psychisch kranke Mutter; ICD-10 F61.0) - Dysthymia seit der Jugend (ICD-10 F34.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen schädlichen Gebrauch von Alkohol seit mindestens 2014 (ICD-10 F10.1). Er führte aus, dass der Beschwerdeführer vom 10. bis 30. März 2015 in einer teilstationären Behandlung in der Nachtambulanz gewesen sei (S. 1 Ziff. 1.3). Die Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration seien unauffällig. Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer eingengt auf die Thematik mit der Kindesmutter, dem Kontakt zum Sohn und den Behördengängen für

den Zuspruch eines Besuchs rechts. Inhaltlich bestünden Beeinträchtigungsideen mit misstrauischer Haltung gegenüber sozialen Kontakten und involvierten Behörden. Die Stimmung sei gedrückt, im Affekt flach, arm und kaum schwingungsfähig. Es bestünden weiter Einschlafstörungen, Albträume und Appetitlosigkeit. Zurzeit könne keine Prognose, insbesondere was eine zukünftige Arbeitsfähigkeit betreffe, gemacht werden (S. 4 Ziff. 1.4) . Gegenwärtig stehe der Beschwerdeführer in ambulanter sozialpsychiatrischer Behandlung mit regelmässigen Gesprächsterminen. Eine tagesklinische Behandlung sei in Planung (S. 4 Ziff. 1.5) . Seit dem 1. Januar 2016 bestehe in der Tätigkeit als Kinderbetreuer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 5 Ziff. 1.6). Körperlich und geistig bestünden keine Einschränkungen. Psychisch sei der Beschwerdeführer beeinträchtigt durch die Unfähigkeit , aus seinem Albtraum (der Konflikt mit der Kindsmutter und der Unmöglichkeit , mit seinem Sohn zusammen zu leben) herauszufinden . Es bestünden eine reduzierte Flexibilität, Misstrauen in Sozialkontakte resultierend in einer erhöhten Absicherungstendenz, depressive Dekompensation mit Leistungseinbussen und sozialem Rückzug . Aus ärztlicher Sicht sei eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt, insbesondere als Kinderbetreuer bis auf weiteres nicht zumutbar. Prospektiv sei die Arbeitsfähigkeit im Langzeitverlauf frühestens in einem Jahr einschätzbar (S. 5 Ziff. 1.7).

3.8

Die Ärzte des Sanatoriums D.____ , Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, berichteten mit Austrittsbericht vom 25. November 2016 (Urk. 5/44/8-12) über den teilstationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 8. Juli bis 30. September 2016 und nannten als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1).

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer von der ambulanten Behandlerin überwiesen worden sei. Der Beschwerdeführer zeige sich am Anfang des Gesprächs sehr misstrauisch, beantworte die Fragen nur sehr knapp, zum Teil mit Verweigerung der Antworten bei genauerem Nachfragen. Der Beschwerdeführer berichte, aktuell zu 100 % krankgeschrieben zu sein wegen einer schwierigen Familiensituation, die er im Detail nicht erzählen wolle. Bei Nachfrage schildere er, dass die Ex-Partnerin ihm verweigere, den gemeinsamen Sohn zu sehen oder mit zu betreuen. Warum wisse er nicht genau. Er denke, sie sei schwer krank. Er habe schon alles Mögliche versucht, ohne Erfolg. Zum Zeitpunkt des Eintritts befinde sich der Beschwerdeführer in ungekündigter Anstellung als Kinderbetreuer, jedoch bestehe eine Kündigungsabsichtserklärung auf September 2016.

Eine Taggeldversicherung bestehe nicht.

Dies belaste den Beschwerdeführer zusätzlich (S. 1). Er habe sich bereits vor Erhalt der Aufforderung von der IV-Stelle für einen Aufenthalt in der Tagesklinik entschieden. Er wolle sich selber weiterentwickeln und brauche eine Tagesstruktur. Es bestünden Schulden, den Betrag wolle er nicht angeben (S. 1 f.). Im Januar 2015 sei ein Therapieversuch mit einem Antidepressivum durch Dr. C.____ erfolgt. Da kein positiver Effekt eingetreten sei, sei die Behandlung nach zirka vierzehn Tagen wieder beendet worden. Der Beschwerdeführer stehe einer Psychopharmakotherapie eher skeptisch entgegen. Ein affektiver Rapport sei im Erstgespräch nur schwer herstellbar. Es bestehe eine starke Denkeinengung und überwertig anmutende Ängste und Sorgen betreffend das Wohlergehen des Kindes. Der Beschwerdeführer sei deutlich affektarm, deprimiert, rat- und hoffnungslos (S. 3) . Bereits die Definition eines gemeinsamen psychotherapeutischen

Behandlungsziels habe sich schwierig gestaltet. Auch eine verhaltenstherapeutische Depressions-Behandlung und damit eine Verringerung der depressiven Symptomatik sei während der tagesklinischen Behandlung nicht gelungen, unter anderem, da die Lockerung der eingeschränkten Sichtweise und damit eine Auslenkung vom Thema „Kindsmisbrauch“ beziehungsweise Entwicklungsschädigung nicht möglich gewesen sei. Während der zwölfwöchigen Behandlungsdauer seien stichprobeweise Atemalkoholtests durchgeführt worden, wobei sich zweimalig ein leicht positives Testresultat gezeigt habe, gemäss Angaben des Beschwerdeführers aufgrund von alkoholhaltigen Hustentropfen. Der Beschwerdeführer sei in gegenseitigem Einverständnis in unverändertem Zustandsbild aus dem teil stationären Rahmen entlassen worden. Ihm sei die Wiederaufnahme der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung empfohlen worden. Eine antidepressive als auch neuroleptische Medikation habe der Beschwerdeführer wiederholt abgelehnt (S. 4) . 3.9

Dr. C.____ berichtete am 13. Februar 2017 (Urk. 5/44/1-7) und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion vor dem Hintergrund einer komplexen Traumafolgestörung seit mindestens Beginn der aktuellen Behandlung (ICD-19 F43.21). Seit dem letzten Bericht vom 27. April 2016 habe sich der Zustand weiter chronifiziert. Der Beschwerdeführer versuche weiterhin Kontakt zu seinem Sohn herzustellen, was ihm jedoch aufgrund behördlicher Hürden und der fehlenden Kooperation der Kindsmutter noch nicht gelungen sei. Die depressive Symptomatik mit gedrückter Stimmung, Gedankenkreisen, Antriebsstörung, Schlafstörung, Freud- und Lustlosigkeit bis hin zu intermittierenden Suizidgedanken sei chronifiziert (S. 1 f. Ziff. 1.4). Die Aufmerksamkeit, Auffassung und Konzentration seien unauffällig. Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer eingeengt auf das Thema Kindsmisbrauch durch die Kindsmutter, psychische Entfremdung des Sohnes von ihm und behördliches Fehlverhalten in Bezug auf die Besuchsregelung. Inhaltlich sei er in diesen Punkten nicht auslenkbar. Prognostisch sei ungünstig, dass sich das Zustandsbild seit dem letzten Bericht im April 2016 verschlechtert habe. Ob und wann eine Zustandsverbesserung eintrete, sei prospektiv nicht einschätzbar (S. 2 Ziff. 1.4). Es bestehe eine deutlich reduzierte Flexibilität. Der Beschwerdeführer setze sich praktisch durchgehend mit dem Thema Kindsentfremdung und psychischer Missbrauch auseinander und sei aufgrund von tiefer Trauer im Kontakt mit anderen Kindern, die ihn an die versäumte Zeit mit seinem eigenen Sohn erinnern würden, nicht in der Lage, seine bisherige Tätigkeit als Kinderbetreuer auszuüben. Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der depressiven Symptome zu 100 % reduziert (S. 3 Ziff. 1.7). 3.10

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 16. März 2017 Stellung (Urk. 5/45/4-5) und führte aus, dass in den Arztberichten von Dr. C.____ beide Male eine Anpassungsstörung genannt worden sei. Warum plötzlich eine komplexe Traumafolgestörung beschrieben werde, könne aufgrund der Anamnese nicht nachvollzogen werden. Der Beschwerdeführer sei zwar im Kindesalter hart bestraft worden, habe aber offenbar immer gewusst warum. In diesem Sinne sei das notwendige Kriterium „chronische Traumatisierungen“ nicht erfüllt. Ebenso wenig könne die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nachvollzogen werden. Schon die allgemeinen Kriterien seien nicht erfüllt. Während der Hospitalisation im Sanatorium D.____ seien zwar Misstrauen und Verslossenheit aufgefallen, jedoch nur in der Kommunikation mit den

Behandlern, nicht aber mit den Mitpatienten. Weitere Züge seien im Arztbericht des Sanatoriums D.____ nicht beschrieben worden, auch eine entsprechende Diagnose sei nicht gestellt worden. Warum in den Arztberichten von Dr. C.____ nur ein schädlicher Alkoholkonsum beschrieben werde, obwohl im Arztbericht der B.____ vom April 2015 angegeben worden sei, dass der Beschwerdeführer, der seit sieben Jahren täglich eine Flasche Hochprozentiges oder Wein konsumiere, sich auf Druck der Freundin für einen Alkoholentzug angemeldet habe, könne klar nicht nachvollzogen werden. Auch im letzten Bericht werde nur ein schädlicher Gebrauch genannt, da es angeblich während des tagesklinischen Aufenthaltes im Sanatorium D.____ keine Hinweise für eine Störung durch Substanzen gegeben habe. Allerdings sei im Bericht vom November 2016 angegeben worden, dass beim stichprobeartigen Alkoholtest zweimalig positive Tests gemessen worden seien, gemäss Beschwerdeführer wegen alkoholhaltigen Hustentropfen, was in Frage zu stellen sei.

Insgesamt könne aktuell die Diagnose einer Anpassungsstörung (ICD-10 F43) aufgrund psychosozialer Belastungsfaktoren erkannt werden, allenfalls noch die Diagnose einer, am ehesten primären Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2). 4.

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