

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00575 vom 18. Juni 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00575

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00575 du 18 juin 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00575 del 18 giugno 2018

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). 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 wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zu spre chung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Renten an spruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Ände rung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs - oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachver halts bestehen (BGE 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b mit Hinweisen; vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_429/2017 vom 20. Dezem ber 2017 E. 2.2). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions - rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9

E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.4

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

Gegen die Verfügung vom 3. April 2017 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 22. Mai 2017 Beschwerde mit dem Antrag auf deren Aufhebung und Zusprache einer Rente, eventuell Rückweisung zur erneuten Abklärung oder zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S.

2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2017 (Urk. 6) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 15. August 2017 mitgeteilt wurde. Gleichzeitig wurde ihm antragsgemäss (Urk. 1 S. 3) die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Es liege keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vor, welche die Arbeitsfähigkeit längerfristig einschränke. Die Arbeitsunfähigkeit sei auf persönliche Sorgen zurückzuführen, was nicht versichert sei. Die Kriterien für eine mittelgradige depressive Störung seien nicht erfüllt. Persönliche Ressourcen seien vorhanden; der Beschwerdeführer sei fähig, seinen Tagesablauf zu organisieren und die anfallenden Haushaltstätigkeiten zu erledigen, ebenso bestünden ausserhäusliche Kontakte. Es lägen viele Belastungsfaktoren wie Scheidung, Mobbing am Arbeitsplatz sowie finanzielle Probleme vor (S. 1-2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1), er leide seit langem an einer Depression. Angesichts der ärztlichen Befunde lägen nicht nur irrelevante persönliche Sorgen vor, sondern davon klar unterscheidbare psychische Erkrankungen. Seine Lebensumstände hätten allenfalls dazu beigetragen (S. 8). Die depressive Störung habe invalidisierende Wirkung und er sei zu 100 % arbeitsunfähig (S. 10). Dies zeige sich auch in seinem missglückten Arbeitsversuch (S. 12). Dr. A. ___ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % festgestellt. Bei einem Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 20 % habe er Anspruch auf eine halbe Rente (S. 13) und Integrationsmassnahmen (S. 16).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Erlass der ursprünglichen leistungsverneinenden Verfügung vom 13. September 2006 (Urk. 7/17) anspruchsrelevant verändert haben (vgl. vorstehend E. 1.3). 3. 3.1

Der leistungsverneinenden Verfügung vom 13. September 2006 (Urk. 7/17) lagen folgende medizinische Berichte zugrunde: 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 11. Juni 2006 (Urk. 7/9/1-2) eine anhaltende depressive Störung bei schwieriger psychosozialer Situation, einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung sowie eine mögliche Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS; lit. A). Als Verkäufer sei der Beschwerdeführer seit 27. September 2004 zu 100 % arbeitsunfähig (lit. B). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden (lit. C). Im Lauf des Jahres 2004 sei es zu einer zunehmenden psychosozialen Belastungssituation und dadurch zu einer zunehmenden depressiven Störung gekommen, welche im September 2004 dekompenziert sei. Eine Hospitalisation von Januar bis März 2005 habe eine Verbesserung erbracht. Zurück in der alten Situation hätten die unveränderten psychosozialen Stressoren wieder einen unverändert schlechten Zustand bewirkt. Ein beruflicher Wiedereinstieg im Sommer 2005 sei misslungen. Es sei eine zögerliche Besserung zu erwarten. Ob und wann eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit möglich sein werde, sei schwierig zu beurteilen (lit. D). 3.3

Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums C.____ berichteten am 22. Juni 2006 (Urk. 7/ 10) und stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (lit. A): - mittelschwere depressive Episode bei komplexer psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F32.1), bestehend seit Ende 2004 - Verdacht auf hyperkinetisches Syndrom (ADHD; ICD-10 F90.0), bestehend seit der Kindheit Als Fahrer im Transportgewerbe sei der Beschwerdeführer vom 11. April bis zum 30. Juni 2006 vollständig arbeitsunfähig (lit. B). Aktuell zeige er sich motiviert, eine neue Anstellung zu suchen. Ab 1. Juli 2006 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Allerdings sei bei erfolgloser Stellensuche eine erneute depressive Reaktion zu befürchten (S. 4). 3.4

PD Dr. D.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt am 7. Juli 2006 (Urk. 7/16/3) fest, es werde eine erhebliche psychosoziale Belastung deutlich. Eine als mittelschwer bezeichnete depressive Episode sei abgeklungen und es sei eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Gestützt auf diese Sachlage verneinte die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. 4. 4.1

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 12. Februar 2014 (Urk. 7/26) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, abhängigen und unreifen Zügen (ICD-10 F61.09) mit und bei - rezidivierenden depressiven Episoden, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Zustand nach Störungen durch Kokain, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1) - Differentialdiagnose (DD): neurotische Störung Der Beschwerdeführer lebe seit Jahren zurückgezogen ohne vorgegebene Tagesstruktur und scheinbar ohne wesentliche soziale Einbindung. Er verfüge sicher über Ressourcen, die er auf der Handlungsebene aus noch nicht eindeutig zu benennenden Gründen nicht zu nutzen vermöge (Ziff. 1.4). Die Arbeitsfähigkeit sei nicht beurteilbar; der Beschwerdeführer sei seit Jahren nicht berufstätig (Ziff. 1.7). Für Integrationsmassnahmen sei ein Pensum von etwa 50 % möglich (Ziff. 1.8). 4.2

Am 20. Februar 2015 berichtete Dr. E.____ erneut (Urk. 7/32) und hielt bei unveränderter Diagnose (Ziff. 1.2) fest, der Beschwerdeführer habe sich selbst in den Arbeitsmarkt integriert und arbeite seit dem Spätsommer 2014 ohne spezielle Anpassungen am

Arbeitsplatz zu 100 % als Lagerist in einem Getränkehandel. Das Anforderungsprofil sei hoch, intermittierend sei es zu Ausfällen gekommen (Ziff. 2.1). Der Verlauf bleibe abzuwarten (Ziff. 3.3). 4.3

Mit einem weiteren Bericht vom 8. Juni 2015 (Urk. 7/36) wiederholte Dr. E.____ die bereits gestellten Diagnosen (Ziff. 1.2) und hielt fest, dass sich der Beschwerdeführer in der letzten Anstellung schikaniert, entwertet und ausgenutzt gefühlt habe. Im Zuge dieser Entwicklung sei es zu einer deutlichen psychischen Destabilisierung gekommen, und er sei bezüglich dieser Tätigkeit ab 10. April 2015 voll arbeitsunfähig geworden.

Beeinträchtigungen bestünden im Hinblick auf das interaktionelle Verhalten des Beschwerdeführers, der aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur dazu tendiere, in einer Art „vorausgehendem Gehorsam“ maximalen Einsatz in einer Intensität zu zeigen, die auf Dauer nicht durchzuhalten sei. Problematisch seien seine dependenten Züge. Auf der anderen Seite zeige er seit der Krankschreibung durchaus regressive Züge im Sinne einer Symptomausweitung und Selbstlimitierung und dem Hang zur demonstrativ anmutenden Beschwerdeschilderung bei gleichzeitigem Festhalten an einem selbstbestimmten Behandlungs- und Therapiekonzept. Die wechselhafte Dynamik sei überwiegend vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörung zu verstehen. Das Leiden sei chronifiziert, die therapeutische Bearbeitung der Erkrankung sei bisher nur in Ansätzen möglich gewesen; der Beschwerdeführer zeige ein Abwehr- und Vermeidungsverhalten (Ziff. 1.3).

An einer vergleichbaren Stelle sei der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch etwa ab Juli 2015 zu mindestens 50 % arbeitsfähig. Ab August 2015 sei eine Steigerung auf 80 % anzunehmen. Die Realisierung dieser Arbeitsfähigkeit bleibe abzuwarten und sei nicht zwingend nur von medizinischen Aspekten abhängig (Ziff. 2.1). 4.4

Zuhanden der Taggeldversicherung nahm Dr. E.____ am 24. Juni 2015 (Urk. 7/40/8-9) Stellung und stellte folgende Diagnosen (S. 1): - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, abhängig-vermeidenden und unreifen Anteilen (ICD-10 F60.8) mit und bei rezidivierenden Anpassungsstörungen im Rahmen von psychosozialen Überforderungssituationen - Zustand nach Störungen durch Kokain, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F14.1) - Verdacht auf Erkrankung aus dem somatoformen Bereich Im Rahmen der stattgehabten Ereignisse am letzten Arbeitsplatz sei es beim Patienten zu einer Reaktivierung der pathologischen Persönlichkeitszüge gekommen; zum einen externalisiere er die Verantwortung für die Geschehnisse nahezu vollständig - er sehe sich als Opfer verschiedener Personen und Institutionen - zum anderen zeigten sich die bereits bekannten kindlich-trotzigen Züge mit unbewusst manipulativem Verhalten in Situationen, in denen versucht werde, verschiedene Aspekte therapeutisch aufzugreifen. Auch könne er sich nur schwer auf ein im Zusammenhang mit den fortdauernd angegebenen mittel- bis schwergradigen Symptomen angemessenes Behandlungskonzept einlassen, es stehe eine stationäre Behandlung zur Diskussion (S. 1). Schliesslich wolle der Patient seine Arbeitsunfähigkeit in der Form selbst definieren, dass er sich auch nach Wegfall der Belastungssituation seit einigen Wochen ausserstande fühle, einer Arbeit nachzugehen. Begründet werde dies aus Sicht des Patienten mit den Erlebnissen am letzten Arbeitsplatz. Gleichzeitig habe er Mühe, dass seine Angaben nicht vollständig als krankheitswertig beurteilt würden. Hinter der Dynamik stehe sicher auch die Angst, sich mit dem Sozialamt auseinander setzen zu müssen. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit über Juli 2015 hinaus sei nicht mehr zu plausibilisieren. Hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit sei eine vertrauensärztliche Untersuchung zu empfehlen (S. 2). 4.5

Am 24. August 2015 (Urk. 7/73/3-16) erstattete Dr. med. E. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der Taggeldversicherung ein vertrauensärztliches Gutachten und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Panikstörung (ICD-10 F41.1). Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 unten f.): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) - Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) - schädlicher Gebrauch von Kokain (ICD-10 F14.1) - Verdacht auf Alkoholmissbrauch (ICD-10 F10.1) Weiterhin zeige sich ein Kokain- und Cannabissmissbrauch, beides sei aktuell laborchemisch positiv getestet worden, und es bestehe auch ein Verdacht auf Alkoholmissbrauch. Dieser und der Drogenmissbrauch würden sich jedoch nicht negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Auffällig sei auch, dass die antidepressive Medikation unterhalb des therapeutischen Bereichs sei, was Fragen nach der Compliance des Beschwerdeführers aufwerfe (S. 10). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Eine Behandlung der Panikstörung sei noch nicht erfolgt. Die Einschätzung von Dr. E.____, wonach eine Arbeitsunfähigkeit über Juli 2015 hinaus nicht zu plausibilisieren sei, sei zutreffend für die letzte Arbeitstätigkeit mit massivem Mobbing und dadurch resultierender psychischer Gesundheitsbeeinträchtigung. Diese sei nur in Bezug auf die letzte Arbeitsstelle zu sehen. Anlässlich der Begutachtung habe sich aber auch gezeigt, dass der Versicherte unter einer Panikstörung leide, die bisher nicht behandelt worden sei. Diese rechtfertige eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf über Juli 2015 hinaus (S. 11 unten f.). 4.6

Dr. E.____ nahm am 11. September 2015 Stellung zum Bericht von Dr. A.____ und hielt fest, es sei bemerkenswert, dass der Kollege nach nur einem Gespräch feststelle, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliege, und ebenso bemerkenswert sei es, dass er lediglich gestützt auf die Selbstangaben des Patienten und ohne entsprechende Symptomatik in der Gesprächssituation und ohne anamnestische Hinweise neu die Diagnose einer Panikstörung stellen könne. Ebenso erstaune, dass einzig aufgrund dieser Diagnose ohne zusätzliche objektivierende Angaben durch Dritte hieraus eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werde. Es sei weiterhin an der Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung festzuhalten. In akuten Krisen seien polymorphe Beschwerden wie depressive Erleben, Anspannung, Angstattacken, psychosomatische Beschwerden, Konsum von psychotropen Substanzen etc. möglich. Eine gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit aus sozial-medizinischer Sicht von 40 bis 50 % sei nach dem weiteren klinischen Verlauf seit Juli 2015 mittlerweile plausibel (S. 1-2). 4.7

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. G.____, Medizinisches Zentrum H.____, stellten mit Bericht vom 25. Januar 2016 (Urk. 6/70/4-6) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Alkoholmissbrauch - Störung durch Tabak - Störung durch Cannabis - Status nach Suizidversuch 2004 Es bestehe Arbeitsunfähigkeit seit 10. April 2015 (S. 2 Mitte).

In einem weiteren Bericht vom 27. Juli 2016 (Urk. 6/77/5-6) hielten die Fachleute des H.____ fest, der Patient sei ständig krank, leide nach wie vor an täglicher Emesis, Überforderung bei Reise in die Behandlung und immer wieder an Panikanfällen und Angstattacken. Nach den ersten 8 Wochen Tagesklinik sei eine leichte Verbesserung der Situation eingetreten, aber nach wie vor mit vielen Ausfällen wegen Krankheit und Angst, daher habe man ein zweites 8-Wochen-Programm begonnen mit dem Versuch, alle Termine

regelmässig wahrzunehmen, was bisher aber auch nicht gelungen sei. Nach wie vor bestünden trotz Medikation Ängste, Reiseschwierigkeiten, Gedankenkreisen. 4.8

Dr. med. I.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, RAD, führte am 7. September 2016 (Urk. 6/79/6) aus, die von Dr. A.____ festgestellte Panik-Symptomatik könne auch durch Entzugserscheinungen vorge täuscht werden. Das H.____ teile hingegen mit, der Beschwerdeführer habe seinen Alkoholmissbrauch reduziert, kiffe nur noch selten und konsumiere kein Kokain mehr. Ob dies durch objektive Befunde überprüft worden sei, werde nicht mit geteilt. Die Berichte des H.____ seien nicht geeignet, das begründete Gutachten von Dr. A.____ zu widerlegen. Es bestünden weiter zahlreiche psychosoziale Belastungen durch Betreibungen und Schulden sowie Probleme am Arbeitsplatz. Im Privatleben bestünden keine wesentlichen Einschränkungen; der Tagesablauf sei geordnet und es bestünden keine Hinweise auf einen sozialen Rückzug. Da der Beschwerdeführer im Zeitraum von August 2014 bis Ende Mai 2015 zu 100 % als Lagerist gearbeitet habe und Dr. A.____ nachvollziehbar mindestens von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe, erhebliche psychosoziale Belastungen und wahr scheinlich eine Sucht-Problematik vorlägen, sei ein dauerhafter Gesundheits schaden nicht ausgewiesen. 4.9

Die Fachleute des H.____ wiederholten im Austrittsbericht vom 22. November 2016 (Urk. 6/90/4-7) die bereits gestellten Diagnosen (vgl. vorstehend E. 4.9) und hielten fest, die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 100 %. (S. 3). Die Proble matik lasse sich so umschreiben, dass der Beschwerdeführer während den Arbeits stellen, vor allem an der letzten, massiver und dauernder Kritik ausgesetzt ge wesen sei, was zusammen mit dem Betrug der Ehefrau und ihrer Kritik sowie derjenigen der Mutter zu einem tiefen Selbstwertgefühl geführt habe. Es sei Über for derung und schlussendlich im Rahmen der mangelnden Problemlösefähig keiten zu vollständiger Überforderung gekommen. Die Störung werde durch die positive Verstärkung eines Rückzugs vor Anforderungen aufrechterhalten (S. 2 unten f.). Mit einem weiteren, ebenfalls am 22. November 2016 verfassten Bericht (Urk. 6/90/1-2) führten die Fachleute des H.____ aus, der angebliche Konsum von Cannabis als Ursache der Störung sei nicht nachvollziehbar. Der Beschwerde führer habe mit dem Konsum erst begonnen, als er bereits depressiv gewesen sei, und zwar im Sinne eines inkompletten Selbstheilungsversuches, er habe damit sich beruhigen und etwas schlafen können. Seit diesem Frühjahr habe er nicht mehr konsumiert, was laborchemisch nachgeprüft worden sei. Der Alkohol konsum sei sehr moderat. Mit Ausnahme des letzten Sommers, als er ein Mal Kokain konsumiert habe, sei es in den letzten Jahren nicht mehr zu Kokain konsum gekommen (S. 2). 5. 5.1

Im Jahr 2006 diagnostizierten die beteiligten Ärzte eine anhaltende depressive Störung bei schwieriger psychosozialer Situation, einen Verdacht auf eine Per-sönlichkeitsstörung sowie ein mögliches ADHS (vgl. vorstehend E. 3.2) bezieh ungsweise eine mittelschwere depressive Episode bei komplexer psychosozialer Belastungssituation (vgl. vorstehend E. 3.3), wobei ab Juli 2006 wieder von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde. In der Folge stellte Dr. E.____ (vorstehend E. 4.1) zunächst die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung bei rezidivierenden depressiven Episoden, differentialdiagnostisch eine neurotische Störung, und ging von einer gegenwärtig leichtgradigen Episode aus. Dr. A.____ (vorstehend E. 4.5) diagnostizierte eine Panikstörung, welche Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Fachleute des H.____ diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

, sowie Alkoholmissbrauch und Störung durch Cannabis (vorstehend E. 4.7).

Invalidenversicherungsrechtlich sind jedoch nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (BGE 136 V 279 E.3.2.1 S. 281 mit Hinweis auf BGE 127 V 294). Hierzu liegen unterschiedliche Einschätzungen vor: Dr. E.____ erachtete den Beschwerdeführer zunächst als zu 50 % integrationsfähig und ging nach Beendigung der 100%igen Anstellung als Lagerist von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus, welche auf 80 % steigerbar sei (vorstehend E. 4.3). Im Juli 2015 liess sich gemäss Dr. E.____ eine weitere Arbeitsunfähigkeit nicht mehr rechtfertigen (vorstehend E. 4.4) Dr. A.____ erachtete den Beschwerdeführer hingegen als zu nur 50 % arbeitsfähig (vorstehend E. 4.5); dem schloss sich Dr. E.____ - wenn auch mit Kritik an der Einschätzung durch Dr. A.____ - an (vorstehend E. 4.6). Die Fachleute des H.____ gingen sodann von voller Arbeitsunfähigkeit aus (vorstehend E. 4.7, 4.9). Dabei fällt auf, dass bereits im Jahr 2006 Anzeichen einer schwierigen psychosozialen Situation vorhanden waren, die das Beschwerdebild massgeblich beeinflussten. So wies Dr. B.____ darauf hin, dass es im Lauf des Jahres 2004 zu einer zunehmenden psychosozialen Belastungssituation und dadurch zu einer zunehmenden depressiven Störung gekommen sei, welche im September 2004 dekompensiert sei. Eine Hospitalisation von Januar bis März 2005 habe eine Verbesserung erbracht. Zurück in der alten Situation hätten die unveränderten psychosozialen Stressoren wieder einen unverändert schlechten Zustand bewirkt (vgl. vorstehend E. 3.2). Auch die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums C.____ (vgl. vorstehend E. 3.3) stellten die mittelschwere depressive Episode mit einer komplexen psychosozialen Belastungssituation in Zusammenhang und hielten fest, dass bei erfolgloser Stellensuche eine erneute depressive Reaktion zu befürchten sei. Diese Faktoren wurden auch von sämtlichen später beteiligten Ärzten als relevant beurteilt: Dr. E.____ wies darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer in der letzten Anstellung schikaniert, entwertet und ausgenutzt gefühlt habe, und dass es im Zuge dieser Entwicklung zu einer deutlichen psychischen Destabilisierung gekommen sei. Ob die von ihm angenommene Arbeitsfähigkeit von 80 % realisierbar sei, hänge nicht nur von medizinischen Aspekten ab (vgl. vorstehend E. 4.3). Im Rahmen der stattgehabten Ereignisse am letzten Arbeitsplatz sei es beim Patienten zu einer Reaktivierung der pathologischen Persönlichkeitszüge gekommen. Weiter habe sich der Beschwerdeführer auch nach Wegfall der Belastungssituation ausserstande gefühlt, einer Arbeit nachzugehen, und dies auf die Erlebnisse am letzten Arbeitsplatz zurückgeführt. Hinter der Dynamik stehe sicher auch die Angst, sich mit dem Sozialamt auseinandersetzen zu müssen (vgl. vorstehend E. 4.4). Dr. A.____ hielt fest, dass die Einschätzung durch

Dr. E.____, wonach eine Arbeitsunfähigkeit über Juli 2015 hinaus nicht zu plausibilisieren sei, für die letzte Arbeitstätigkeit mit massivem Mobbing und dadurch resultierender psychischer Gesundheitsbeeinträchtigung zutreffend sei (vgl. vorstehend E. 4.5; zur Nachvollziehbarkeit der Beurteilung durch Dr. A.____ vgl. nachfolgend E. 5.4). Gemäss Beurteilung der Fachleute des H.____ (vgl. vorstehend E. 4.9) lasse sich die Problematik so umschreiben, dass der Beschwerdeführer während den Arbeitsstellen, vor allem an der letzten, massiver und dauernder Kritik ausgesetzt gewesen sei, was zusammen mit dem Betrug der Ehefrau und ihrer Kritik sowie derjenigen der Mutter zu einem tiefen Selbstwertgefühl geführt habe. Es sei Überforderung und schlussendlich im Rahmen der mangelnden Problemlösefähigkeiten zu vollständiger Überforderung gekommen. Die Störung werde durch die positive Verstärkung eines Rückzugs vor Anforderungen aufrecht

erhalten . 5.2

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streit wert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ent sprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie dem u nterliegenden Beschwer deführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. In Anwendung dieser Kriterien ist die die Entschädigung von Rechtsanwältin Aurelia Jenny bei An - wendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 2 2 0.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'500. -- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Aurelia Jenny , Zürich, wird mit Fr. 2'500 .-- (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: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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 Bundes gesetzes 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 Beweis mittel 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 MosimannLienhard

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 vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 5.3

Vorliegend stehen psychosoziale und soziokulturelle Faktoren deutlich im Vordergrund und prägen das Beschwerdebild massgeblich. Dies zeigt sich insbesondere im Umstand, dass der Beschwerdeführer während acht Monaten (vgl. Urk. 7/55/1 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.3) fähig war, ein Pensum von 100 % zu leisten. Dass er dieses Arbeitsverhältnis aus psychosozialen Gründen (Mobbing) aufgab, ist zwar nachvollziehbar, vermag aber auch unter Berücksichtigung der damals bereits bestehenden psychiatrischen Diagnosen (Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit vermeidenden, abhängigen und unreifen Zügen bei rezidivierenden depressiven Episoden; vgl. vorstehend E. 4.1) grundsätzlich nicht zu einer nachhaltigen substantiellen Arbeitsunfähigkeit zu führen. Gemäss Beurteilung durch Dr. E. ___ liess sich denn eine Arbeitsunfähigkeit über Juli 2015 hinaus nicht mehr plausibilisieren (vgl. E. 4.4), woraus zu schliessen ist, dass die von ihm f

estgestellte psychische Störung nicht besonders ausgeprägt ist. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass es sich um eine invalidenversicherungsrechtlich nicht massgebliche arbeitsplatzbezogene und damit psychosozial verursachte Arbeitsunfähigkeit handelte. 5.4

An dieser Einschätzung vermag die Beurteilung durch Dr. A. ___ nichts zu ändern, da sein Bericht nicht überzeugend ist: Obwohl der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung positiv auf Kokain und Cannabis getestet wurde und ein Verdacht auf Alkoholmissbrauch bestand, erachtete Dr. A. ___ dies ohne weitere Begründung als nicht arbeitsfähigkeitsrelevant, was nicht nachvollziehbar ist. Dr. A. ___ stellte weiter aufgrund des Nachweises der antidepressiven Medikation unterhalb des therapeutischen Bereichs die Frage nach der Compliance des Beschwerdeführers, ging aber dennoch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus, was nicht schlüssig ist. Zusammen mit dem Umstand, dass die von Dr. A. ___ diagnostizierte Panikstörung grundsätzlich wohl ebenfalls behandlungsfähig ist, zeigen sich in der Beurteilung durch Dr. A. ___ zu viele Unstimmigkeiten, als dass seiner Beurteilung gefolgt werden könnte. Dass Dr. E. ___ in seinem Bericht vom 11. September 2015 (vgl. E. 4.6) der Einschätzung durch Dr. A. ___ trotz viel Kritik folgte, ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen sein, dass er dem Beschwerdeführer nicht den Bezug von Krankentaggeldern erschweren wollte. 5.5

Zu den Berichten der Fachleute des H. ___ ist festzuhalten, dass die bereits von Dr. A. ___ festgestellte fragliche Compliance des Beschwerdeführers hinsichtlich der verordneten Medikamente nach Lage der Akten am H. ___ nicht laborchemisch überprüft wurde (vgl. Urk. 7/74/7, wo die Medikation einzig nach Angaben des Patienten beschrieben wurde), weshalb fragwürdig erscheint, dass, wie im Bericht vom 22. November 2016 festgehalten (Urk. 7/90/2), mehrfache Versuche der medikamentösen Behandlung ohne Erfolg geblieben seien. Dass die Fachleute des H. ___ den Beschwerdeführer in jeder Tätigkeit - zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit finden sich keine Angaben - als zu 100 % arbeitsunfähig erachteten, ohne sich mit den wie vorstehend dargelegt im Vordergrund stehenden psychosozialen Faktoren auseinander zu setzen, setzt den Beweiswert ihrer Einschätzung herab, zumal sie nicht ausdrücklich von einem nun verselbständigten Gesundheitsschaden ausgingen. Neben diesen inhaltlichen Bedenken ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass nicht nur allgemein praktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E . 3b/cc mit Hinweisen). 5.6

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung).

Wenn jedoch wie vorliegend psychosoziale Faktoren im Vordergrund stehen und nach ärztlicher Einschätzung eine Depression nicht verselbständigt ist, besteht kein verselbständigter Gesundheitsschaden im Rechtssinn und ist keine Indikationsprüfung durchzuführen. Ein psychosozial bedingtes Beschwerdebild vermag zwar medizinisch die Diagnose einer depressiven Episode, aber rechtlich keine Invalidität zu begründen (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Mai

2018, 8C_858/2017 E. 3.2) . 5.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht keine Arbeitsunfähigkeit und damit keine Invalidität ausgewiesen ist. Eine Verschlechterung ist somit nicht ausgewiesen. Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmäßig. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

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