

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00612 vom 9. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00612

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00612 du 9 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00612 del 9 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Der 1968 geborene X.____, Vater zweier 1992 und 1995 geborener Kinder, absolvierte eine Ausbildung als Dachdecker und Dachdeckerpolier (Urk. 6/2; siehe zum Werdegang auch Urk. 6/21). Ab dem 1. Januar 1992 war er bei A.____ als Dachdecker-Polier angestellt (Urk. 6/3/4). Am 2. April 2003 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf eine seit Oktober 2002 bestehende Arthrose im rechten Sprunggelenk (nach Unfall 1990, vgl. dazu Urk. 6/1) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte darauf hin verschiedene medizinische und erwerbliche Abklärungen (vgl. Urk. 6/3, Urk. 6/5-6, Urk. 6/8-10 und Urk. 6/13-17). Mit Verfügung vom 17. Juli 2003, ergänzt am 11. Februar 2004, wurde dem Versicherten Kosten gut sprache für eine Umschulung in Form des Besuchs des lerntechnischen Vorbereitungskurses und der Tageshandelsschule an der B.____ vom 18. August 2003 bis 10. Februar 2006 respektive 17. Februar 2006 erteilt (Urk. 6/19, Urk. 6/31 und Urk. 6/61). Für diesen Zeitraum wurde dem Versicherten ein Taggeld zugesprochen (Urk. 6/23, Urk. 6/32, Urk. 6/59, Urk. 6/65 und Urk. 6/69). Ergänzend dazu leistete die IV-Stelle am 18. Januar 2005 Kostengut sprache für die Ausbildung zum Technischen Kaufmann TK an der B.____ (Urk. 6/42; vgl. auch Urk. 6/79-80). Nach Absolvierung dieser Ausbildungen (vgl. Urk. 6/47, Urk. 6/76 und Urk. 6/81/1) bestätigte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. März 2007 – wie vorherbeschieden (vgl. Urk. 6/82) – den Abschluss der beruflichen Massnahmen (Urk. 6/85). Mit Vor bescheid vom 29. März 2007 kündigte die IV Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens bezüglich einer Invalidenrente an (Urk. 6/86). Mit Verfügung vom 29. Mai 2007 wies die IV-Stelle sodann, ausgehend von einem Invaliditäts grad von 21 %, das Leistungsbegehren bezüglich einer Invalidenrente ab (Urk. 6/90).

E. 1.2

Ab dem 1. November 2006 war der Versicherte bei der C.____ AG als Projektleiter Bedachungen/Spenglerei tätig (Urk. 6/140/48). Am 9. Dezember 2014 (Eingangs datum) meldete er sich wegen einer Depression sowie eines Burnouts, bestehend seit Oktober 2013 bei der IV-Stelle zur Früherfassung (Urk. 6/91) und am 20. Januar 2015 (Eingangsdatum) – erneut – zum Leistungsbezug an (Urk. 6/97). Im Rahmen der Prüfung des Leistungsanspruchs tätigte die IV-Stelle erwerbliche und medizinische Abklärungen (vgl. Urk. 6/100-103). Mit Mitteilung vom 22. April 2015 informierte die IV-Stelle den Versicherten über die Gewährung von Frühinterventionsmassnahmen (Beratung und Unterstützung beim Erhalt des derzeitigen Arbeitsplatzes, Urk. 6/109). Mit Schreiben vom 31. August 2015 teilte die IV-Stelle den Abschluss der Eingliederungsmassnahmen mit, da sich der Ver sicherte laut eigenen Angaben nicht in der Lage gefühlt habe, das Pensum auf

mehr als 50 % zu steigern, und eine Rentenprüfung wünsche (Urk. 6/112). Am 17. September 2015 berichtete der Versicherte der IV-Stelle, dass sich seine finanzielle Situation drastisch verändert habe, weshalb die Rentenprüfung so rasch als möglich gemacht werden sollte (Urk. 6/117, unter Beilage der Änderungskündigung der C.____ AG per 31. Dezember 2015 sowie des neuen Arbeitsvertrages mit dieser Firma ab dem 1. Januar 2016 für ein Pensum von 50 % als Sachbearbeiter Bedachungen/Spenglerei [Urk. 6/117]). Nach Beizug der Berichte von Dr. D.____, Facharzt für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychoanalyse (IPV), vom 3. September und 8. Dezember 2015 (Urk. 6/114 und Urk. 6/125) und von Dr. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 20. September 2015 (Urk. 6/118) sowie der Akten des Krankenversicherers (Urk. 6/119) gab die IV-Stelle bei Dr. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie, und Dr. G.____, Facharzt FMH für Rheumatologie, ein bidisziplinäres Gutachten (rheumatologisch/psychiatrisch) in Auftrag, welches am 25. Juli 2016 erstattet wurde (Urk. 6/139–140). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 12. August 2016, Urk. 6/144; Einwand vom 13. September 2016, Urk. 6/149) reichte der Rechtsvertreter des Versicherten am 11. Oktober 2016 eine psychiatrische Kurzbeurteilung von Dr. D.____ vom 27. September 2016 ein (Urk. 6/152 und Urk. 6/153). Am 2. November 2016 nahm Dr. F.____ auf Ersuchen der IV-Stelle ergänzend Stellung (Urk. 6/156). Dazu liess sich der Versicherte mit Eingabe vom 4. Januar 2017 vernehmen (Urk. 6/162). Mit Verfügung vom 25. April 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren – wie vorbeschieden – ab (Urk. 6/164 = Urk. 2).

E. 1.2.1

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 psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

E. 1.2.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4–3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei

mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die Durchführung eines strukturiertes Beweisverfahren bleibt jedoch dort entbehrlich, wo im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E.

7.1).

E. 1.2.3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie « funktioneller Schweregrad » (E. 4.3) - Komplex « Gesundheitsschädigung » (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex « Sozialer Kontext » (E. 4.3.3) - Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) .

E. 1.2.4

Unverändert gilt, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst. 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. In diesem Sinne verselbständigte Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch BGE 141 V 281 E.

4.3.1.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis und 9C_648/2017 vom 20. November 2017 E. 2.3.1.).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.5.1

Die Neuanschuldung wird – wie auch das Gesuch um Leistungsrevision – nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV; BGE

130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_746/2013 vom 10. Juni 2014 E. 2); sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE

130 V 71). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad oder die Hilflosigkeit seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität oder Hilflosigkeit zu bejahen, und hernach zu beschliessen (Urteile des Bundesgerichts 8C_9/2018 vom 4. Juni 2018 E. 2.1 mit weiterem Hinweis und 8C_177/2018 vom 3. August 2018 E.

3.3).

E. 1.5.2

Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verneinung eines Rentenanspruchs bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der angefochtenen Verfügung (vgl. BGE 134 V 131 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 8C_177/2018 vom 3. August 2018 E. 3.5). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. ___ am 24. Mai 2017 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 25. April 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer Leistungen nach IVG, insbesondere eine Invalidenrente, zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Neubegutachtung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Juni 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5 unter Bei lage ihrer Akten, Urk. 6/1-167), was dem Beschwerdeführer am 29. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen, ihre medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich seit ihrer letzten Entscheidung am Gesundheitszustand nichts verändert habe. Damals habe der Beschwerdeführer zu einem 100%-Pensum einer seinen Einschränkungen angepassten Arbeit nachgehen können. Dies habe sich bis heute nicht verändert. Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. F. ___ sei beweiskräftig, weswegen darauf abzustellen sei. Die von ihm gestellten Diagnosen vermöchten invalidenversicherungsrechtlich keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer zusammengefasst auf den Standpunkt, das psychiatrische Teilgutachten von Dr. F. ___ sei zufolge – näher beschriebener – Mängel nicht beweiskräftig, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne. Vielmehr sei auf die Beurteilungen des behandelnden Psychiaters, Dr. D. ___, abzustellen, der in sämtlichen seiner Berichte die dezidierte Meinung vertrete, dass der Beschwerdeführer aufgrund der psychischen Erkrankung mit einem Arbeitspensum von 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit ohne Leistungsdruck und Führungsaufgaben an seine Leistungsgrenze stosse. Ein Einkommensvergleich ergäbe so einen Invaliditätsgrad von 61 % womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Dreiviertelsrente habe (Urk. 1). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung eingetreten. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer allfälligen anspruchserheblichen Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (vgl. E. 1.5) bildet die rentenabweisende Verfügung vom 29. Mai 2007 (Urk. 6/90). Die Beschwerdegegnerin ging darin - aufgrund der damals vorliegenden Arztberichte (vgl. die Auflistung im interdisziplinären Gutachten vom 25. Juli 2016, Urk. 6/140/5-6) - davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer (den Beschwerden in den Sprunggelenken Rechnung tragenden) angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei und - nach erfolgter Umschulung ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne (vgl. Urk. 6/84 und Urk. 6/88).

E. 3.2

Hinsichtlich des seitherigen Verlaufs des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ist im Wesentlichen Folgendes aktenkundig:

E. 3.2.2

Dr. D.____ diagnostizierte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 12. Februar 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) schwankend mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), seit ca. 2 Jahren. Der Beschwerdeführer sei orientiert, Antrieb und Motivation seien reduziert. Affekt und Emotion seien uneinheitlich. Der Beschwerdeführer sei kognitiv eingeschränkt und im Denken verlangsamt. Es bestehe eine latente Suizidalität. Psychotische Zeichen seien nicht vorhanden. In der bisherigen Tätigkeit als Dachdecker mit Führungsaufgaben sei der Beschwerdeführer seit Frühjahr 2014 bis heute zu 50 % arbeitsunfähig. Es bestünden Einschränkungen in Form von Kurzatmigkeit, Schwindel, Konzentrations-schwierigkeiten, Aufmerksamkeitsdefiziten. Die Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt (reduzierte Aufmerksamkeit und Übersicht). In einer angepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer - mit selbstgewählten Pausen ca. 4 Stunden pro Tag arbeiten (Urk. 6/102).

E. 3.2.3

Im «Verlaufsprotokoll Job Coaching» vom 2. Oktober 2015 wurde festgehalten, das Job-Coaching habe am 26. März 2015 begonnen. Ziel der Begleitung sei es gewesen, den Arbeitsplatz zu erhalten, die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers aufzubauen bzw. zu stabilisieren. Von Beginn an habe sich das 50 %-Pensum als seine Belastungsgrenze gezeigt. Obwohl sein Arbeitsbereich angepasst worden sei, habe er unter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblemen gelitten, sei verlangsamt gewesen und schnell unter Druck/Stress gekommen. Nach der Arbeit habe er Ruhe benötigt, da er sich erschöpft gefühlt habe. In gemeinsamen Arbeit-gebergesprächen sei von Beginn an deutlich gesagt worden, dass der angestammte Beruf mit der Leistungsverantwortung nicht mehr ausführbar sei, da dieser immer sehr viel Stress und Spontanität bedeute. Von Seiten des Psychiaters, Dr. D.____, sei im Mai mitgeteilt worden, dass er keine Pensumssteigerung sehe, da die Rückfallgefahr gross sei. Zum selben Zeitpunkt habe sich herausgestellt, dass der Beschwerdeführer eine Zyste am Fussgelenk habe, die den Knochen zerstöre. Es sei vereinbart worden, dass er – nach der Operation am 4. Juni 2015 – eine Rehabilitationsmassnahme nutze, um sich auch psychisch zu stabilisieren. Im Juli 2015 habe er sich wieder gemeldet. Er habe mit seinem Psychiater besprochen, dass seine momentane Leistungsgrenze bei 50 % liege und ein Aufbau des Pensums derzeit nicht angezeigt sei. Es habe sich erneut gezeigt, dass er unter Schlafstörungen, Gereiztheit, Energie- und Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug sowie Zukunfts- und Existenzängsten leide. Er wünsche die Rentenprüfung. Da die Schwere der Depression unklar sei, werde von Seiten des Job-Coachings ein psychiatrisches Gutachten empfohlen (Urk. 6/120/1-2).

E. 3.2.4

In seinem Verlaufsbericht vom 3. September 2015 stellte Dr. D.____ die gleichen psychiatrischen Diagnosen wie im Arztbericht vom 12. Februar 2015 (Urk. 6/114/1; vgl. E. 3.2.2). Aufgrund intensiver koordinierter Therapie (hausärztlich und ambulant) bestünden seit einem Jahr keine schweren depressiven Episoden mehr. Eine Tätigkeit mit

selbstgewählten Pausen, ohne Hektik und ohne Baustellenbesuche aufgrund des Risikos von Schwindelanfällen könne in einem Pensum von 50 % ausgeübt werden. Die Leistungsfähigkeit sei wegen Konzentrationsschwäche und verminderter emotionaler Belastbarkeit um 50 % eingeschränkt. Das soziale Umfeld des Beschwerdeführers, einschliesslich Arbeitgeber, sei als positiv hervorzuheben (Urk. 6/114/1-3).

In gleichem Sinne äusserte sich Dr. D.____ auch in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8. Dezember 2015 (Urk. 6/125).

E. 3.2.5

Dr. E.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 20. Dezember 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) rezidivierende depressive Episoden nach Burnout, bestehend seit 2013, (2) einen Status nach Pilon - Tibial -Fraktur rechts und OSG-Fraktur beidseits 1990, (3) einen Status nach OSG-Arthroplastik rechts 2003 und (4) einen Status nach Débridement Knochenzyste medialer Malleolus rechts Mai 2015 und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Adipositas Grad II und eine arterielle Hypertonie, gut eingestellt, seit 2014 an. Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Projektleiter Bedachungen könne er nicht beurteilen, da die diesbezügliche Behandlung beim Psychiater stattfindet. Es bestehe eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit qualitativ und quantitativ. Bei Überforderung komme es zu einer raschen Dekompensation (Urk. 6/118/6-8).

E. 3.2.6

Dr. G.____ nannte im interdisziplinären Gutachten vom 25. Juli 2016 als interdisziplinäre Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Folgen des Unfalles vom 13. August 1990 mit Frakturen der Sprunggelenke und als Diagnosen ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) Restsymptome einer depressiven Episode (gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. F.____), (2) eine Adipositas mit Body Mass-Index von 41,4 kg/m² sowie (3) eine gestörte Gluconeogenese (Urk. 6/140/7). Zudem bestünden eine arterielle Hypertonie sowie ein Schlafapnoe-Syndrom, welche als Folgen des Übergewichtes einzustufen seien (Urk. 6/140/9). Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, seit gut 10 Jahren für die früher als Dachdecker ausgeübten beruflichen Tätigkeiten und für solche Arbeiten, die mehr als mittelgradig körperlich belastend seien, nicht mehr gegeben. Für diejenigen Tätigkeiten, welche er nach der IV-Umschulung zum Kaufmann ausüben könne und die er mehrjährig unterdessen in der Firma C.____ AG ausgeübt habe, könne er, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Gleiches gelte für angepasste Verweistätigkeiten (Urk. 6/140/11).

E. 3.2.7

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 25. Juli 2016 diagnostizierte Dr. F.____ Restsymptome einer depressiven Episode (F32.4/F33.4) bei Status nach Anpassungsstörung (F43.2) in der Folge von Belastungen am Arbeitsplatz sowie bei akzentuierten (übergenu, narzisstisch, leistungsorientiert) Persönlichkeitszügen (Z73.1; Urk. 6/140/28). Die damit verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zu vor Eintritt der Gesundheitsschädigung) durch den

Beschwerdeführer sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) voll ständig durch seine Selbsteinschätzung zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei medizinisch zumutbar und tat sächlich möglich (vgl. vielfältige Aktivitäten des täglichen Lebens, berufliche Tätigkeit, Freizeitverhalten). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe sich im Fall des Beschwerdeführers (vor dem Hintergrund akzentuierter Persönlichkeitszüge) 2013 eine Anpassungsstörung in der Folge von Belastungen am Arbeitsplatz entwickelt, die zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt habe. Es werde im Verlauf in den Akten eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund einer depressiven Störung postuliert, was jedoch nicht kritisch differenziert nachvollziehbar sei. Im Zeitpunkt der von ihm am 5. Juli 2016 durchgeführten Untersuchung sei eine wesentliche Verbesserung der postulierten depressiven Episode festzustellen. Im Vordergrund stehe Verunsicherung als (angemessene normalpsychologische) Reaktion ohne Krankheitswert. Die bekannten (psycho-) sozialen Belastungen (bspw. persönliche Berufswünsche, Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen) erklärten im Fall des Beschwerdeführers die zurzeit von ihm noch geschilderten innerseelischen Restsymptome der Störung. Diese (subjektiven) Symptome würden aber aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Im Falle des Beschwerdeführers seien zudem keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Bewältigung begründen könnten. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge hätten keinen Krankheitswert. Der vom Beschwerdeführer beschriebene angemessene Umgang mit psychotropen Substanzen (inkl. Abstinenz von Tabak und Drogen) würde zumindest ausreichende innerpsychische Ressourcen annehmen lassen. Auch die sehr erfolgreiche Lebensbewahrung des Beschwerdeführers belege seine Ressourcen. Der soziale Kontext sei objektiv und subjektiv geordnet. Der Beschwerdeführer pflege regelmäßig vielfältige soziale Kontakte und beschreibe gute soziale Ressourcen. Er nenne die Fähigkeit, seine innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden. Er sei beruflich aktiv, arbeite in Haus und Garten, gehe auf Reisen und sei am sozialen Geschehen interessiert. Beim Verlauf der Störung seien nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (bspw. Lebensalter, persönliche Berufswünsche, Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen, Rentenwunsch), welche als nicht krankheitsbedingte Aspekte die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite behinderten. Diese Faktoren gingen nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit ein (weder positiv noch negativ). Eine relevante ($\geq 20\%$ von 100%) längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht somit nicht zu begründen (für jede Art zumutbarer ausserhäuslicher Tätigkeiten und für Arbeiten im Haushalt). Von dieser Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (5. Juli 2016) sicher ausgegangen werden. Ob und allfällig ab wann genau bereits zuvor auf die im vorliegenden Gutachten erläuterte Einschätzung abgestellt werden könne, sei aufgrund der hierfür unzureichenden Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu schätzen. Es sei allerdings ausdrücklich festzustellen, dass die vorliegende Dokumentation ebenfalls dafür nicht hinreichend sei, um eine tatsächliche relevante längerfristige Minderung der Leistungsfähigkeit im Zeitraum zwischen Oktober 2013 und Juli 2016 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu belegen (Urk. 6/140/32-34).

E. 3.2.8

Im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung hielten Dr. G.____ und Dr. F.____ fest, dass für diejenigen beruflichen Tätigkeiten, die der Versicherte nach der IV Umschulung zum Kaufmann ausüben könne und die er mehrjährig unterdessen in der Firma C.____ AG ausübe sowie für eine angepasste Verweistätigkeit für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden könne. Für die früher als Dachdecker ausgeübten Tätigkeiten und für solche Arbeiten, die mehr als mittelgradig körperlich belastend seien, könne vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht (keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben) abgestützt werden (Urk. 6/139; vgl. Urk. 6/140/35).

E. 3.2.9

In seiner psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 27. September 2016 hielt der behandelnde Psychiater Dr. D.____ unter dem Titel «Befund und Diagnosen im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit» fest: «Klar orientiert in allen Qualitäten. Antrieb und Motivation deutlich reduziert, Affekt und Emotion beeinträchtigt und uneinheitlich, kaum mitschwingend im Gespräch. Kognitiv mit deutlichen Einschränkungen hinsichtlich Aufmerksamkeit und Konzentration. Denken geordnet und weitgehend problemzentriert. Latente Suizidalität. Keine psychotischen Zeichen (ICD-10 F. 32.2)». Unter der eingeschlagenen Therapie hätten sich die depressiven Symptome ab Oktober 2014 weitgehend zurückgebildet. Nach wie vor würden leichte Einschlafschwierigkeiten bestehen. Unter den Voraussetzungen der Einrichtung eines im Hinblick auf die gesundheitlichen Einschränkungen des Patienten angepassten Arbeitsplatzes (kein Termindruck und die Möglichkeit von selbstgewählten Ruhepausen) habe ab Mitte November 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % eines Pensums von 100 % erreicht werden können. Die seit 2003 bestehende Krankheits- und Patientenkarriere aus somatischen Ursachen (Fussverletzung, Adipositas, Hochdruckerkrankung, Atemnot) mit kontinuierlicher Chronifizierung der Beschwerden habe zu einer wachsenden psychosozialen Belastungssituation des Patienten geführt mit krankheitswertigen Einflüssen auf seine Persönlichkeit und sein aktuelles Verhalten. Das Gutachten vom 25. Juli 2016 berücksichtige nicht die beim Patienten bestehende somato-psychische Komorbidität vor dem Hintergrund der durch die berufliche Eingliederung seit 2004 geleisteten Ressourcen-Mobilisierung, die zu einer Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit seit November 2014 geführt habe. Bei einer Erhöhung des Arbeitspensums über 50 % von 100 % sei aus psychiatrischer Sicht das Risiko eines Rückfalls in eine schwere depressive Episode des Patienten gegeben (Urk. 6/152). 4. 4.1

Das interdisziplinäre Gutachten vom 25. Juli 2016

erfüllt grundsätzlich die recht sprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.4). Es beruht auf den erforderlichen sorgfältigen und allseitigen Untersuchungen (Urk. 6/140/4-6 und Urk. 6/140/27-28) , wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet (Urk. 6/140/5- 6 und Urk. 6/140/25-26) , berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (Urk. 6/140/7-10 und Urk. 6/140/28-30) . Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und begründet. 4.2

Die gutachterliche Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wird vom Beschwerdeführer – zu Recht – nicht in Frage gestellt. Es kann daher – gestützt auf die überzeugenden gutachterlichen

Feststellungen – ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht seit der Verfügung vom 29. Mai 2007 (vgl. E. 3.1) nicht massgeblich verändert hat. 4.3 4.3.1

Dr. F.____ legte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 25. Juli 2016 nachvollziehbar (vgl. den weitestgehend unauffälligen Psychostatus sowie ferner auch die Ergebnisse des von ihm durchgeführten Fremdbeurteilungsverfahrens nach MADRS [Urk. 6/140/27-28]) dar, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Begutachtung Restsymptome einer depressiven Episode (ICD-10 F32.4/F33.4) bei Status nach Anpassungsstörung (F43.2) in der Folge von Belastungen am Arbeitsplatz und bei akzentuierten (übergenu, narzisstisch, leistungsorientiert) Persönlichkeitszügen (Z73.1) bestehen und er dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist. 4.3.2

Soweit sich der Beschwerdeführer auf die davon abweichende Einschätzung von Dr. D.____ (vgl. E. 3.2.2, E. 3.2.4 und E. 3.2.9) beruft,

ist vorab festzuhalten, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte de lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektive Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_363/2018 vom 10. Oktober 2018 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Solche ergeben sich aus den Berichten von Dr. D.____ indessen nicht: 4.3.3

Dr. F.____

stellte in seinem Gutachten im Rahmen der Auseinandersetzung mit den Berichten von Dr. D.____ aus den Jahren 2014 und 2015 (vgl. E. 3.2.1–5 und Urk. 6/119) – zutreffend – fest, dass dieser dem Beschwerdeführer ab dem 4. Oktober 2013 eine depressive Episode, die zunächst schwer (vgl. Urk. 6/119/5 und Urk. 6/119/3), ab 2015 mittelschwer (vgl. Urk. 6/119/3, Urk. 6/114/1 und Urk. 6/125/1) gewesen sei, attestiere. Die Diagnose werde jedoch mit Bezug zum Klassifikationssystem nie differenziert beschrieben und/oder diskutiert. Sie sei nicht nachvollziehbar. Die von Dr. D.____ genannten objektiven Befunde liessen (wenn überhaupt), qualitativ knapp ein unspezifisches depressives Syndrom erkennen. Der Schweregrad bleibe unklar (Urk. 6/140/30).

In seiner Stellungnahme vom 2. November 2016 (Urk. 6/156) zur psychiatrischen Kurzbeurteilung von Dr. D.____ vom 27. September 2016 (Urk. 6/152) wies Dr. F.____ sodann – zu Recht – darauf hin, dass Dr. D.____ darin ausgeführt habe, die depressiven Symptome hätten sich ab Oktober 2014 weitgehend zurückgebildet; diese Formulierung entspreche inhaltlich jener im Gutachten unter Punkt 6 (vgl. Urk. 6/140/30 letzter Absatz): «Aktuell ist eine wesentliche Verbesserung der postulierten depressiven Episode festzustellen.» Die im Widerspruch dazu von Dr. D.____ trotzdem stereotyp weiterhin

genannten objektiven Befunde, die die Diagnose gemäss ICD-10 F32.2 begründen würden, würden weder zeitlich eingeordnet noch kritisch differenziert erörtert (Urk. 6/156/3).

Die Berichte von Dr. D.____ enthalten demnach insofern keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt blieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Ausserdem ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass Dr. D.____ bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber erforderlich gewesen, zumal Dr. F.____

bemerkte, es lägen beim Beschwerdeführer eine Selbstlimitierung und ein ausgeprägter Rentenwunsch vor (Urk. 6/140/42). Zudem stellte Dr. F.____ fest, dass das psychische Beschwerdebild massgeblich durch psychosoziale Belastungsfaktoren mitbestimmt werde. Damit hat sich Dr. D.____ nicht auseinandergesetzt, was jedoch ebenfalls erforderlich gewesen wäre (vgl. E. 1.2.4 und E. 4.4.7). Die Berichte von Dr. D.____ vermögen daher das psychiatrische Teilgutachten nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3.4

Der Beschwerdeführer bemängelt sodann, Dr. F.____ habe sich nicht mit dem Bericht über das Job-Coaching auseinandergesetzt, und verweist in diesem Zusammenhang auf das Urteil des Bundesgerichts 9C_833/2007 vom 4. Juli 2008 (E. 3.2.3). Nicht nur das Bundesgericht erachte die Auseinandersetzung mit den Erkenntnissen der beruflichen Eingliederung als wichtig. Auch die Qualitätsrichtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP, Oktober 2016, 6.4) würden den psychiatrischen Gutachtern eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der beruflichen Eingliederung vorschreiben (Urk. 1 S. 7 f. Rz. 22-25).

Eine genauere Betrachtung des vom Beschwerdeführer zitierten Entscheides des Bundesgerichts zeigt, dass die diesem zugrunde liegende Konstellation mit der vorliegenden nicht vergleichbar ist. Laut Bundesgericht wies im damals zu beurteilenden Fall der Gegenstand der beruflichen Abklärung gemäss IV-Auftrag («Aufschluss geben über die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit des Versicherten und mögliche angepasste Tätigkeitsgebiete») enge Bezüge zur arbeitsmedizinisch-ergonomisch ausgerichteten EFL auf, auf die sich die Gutachter praktisch ausschliesslich gestützt hätten, die jedoch lediglich an zwei Halbtagen während rund dreieinhalb Stunden durchgeführt worden sei. Ziele des von der Beschwerdegegnerin vorliegend in Auftrag gegebenen Job-Coachings waren demgegenüber «Sicherung des Arbeitsplatzes» sowie «Aufbau und Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit» (Urk. 6/109-110 und Urk. 6/120/2). Ausserdem geht aus dem vorliegenden – Dr. F.____ bekannten (vgl. Urk. 6/140/20 und Urk. 6/140/33) – «Verlaufsprotokoll Job Coaching» vom 2. Oktober 2015 hervor, dass die zuständige Berufsfachperson im Hinblick auf die Rentenprüfung ein Gutachten empfohlen hat, da sie die Schwere der Depression als unklar erachtete. Sie nahm dementsprechend zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gar nicht selbst Stellung. Vielmehr beschrieb sie lediglich die vom Beschwerdeführer geklagten und gezeigten Einschränkungen (vgl. E. 3.2.3). Anders als im vom Bundesgericht damals zu beurteilenden Fall kann deshalb vorliegend keine Rede davon sein, dass sich die Ergebnisse des Job-Coaching mit denjenigen aus dem psychiatrischen Teil-Gutachten offensichtlich und erheblich widersprechen würden. Der vom Beschwerdeführer zitierte Entscheid des Bundesgerichts erweist sich damit als nicht

einschlägig.

Ausserdem hielt Dr. F. ___ in seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2016 zum «Verlaufsprotokoll Job Coaching» vom 2. Oktober 2015 fest, dass die darin gemachten Angaben nicht hinreichend ausführlich, einlässlich und nachvollziehbar seien. Insbesondere würden nicht krankheitswertige Faktoren nicht erörtert, weshalb sich eine entsprechende Diskussion im Gutachten erübrige (Urk. 6/156/2).

Dem Beschwerdeführer ist sodann entgegenzuhalten, dass es sich bei den betreffenden Qualitätsleitlinien um blosser Empfehlungen handelt. So schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Leitlinien vor. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsleitlinien hält (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 5.4 mit Hinweis).

Der Einwand des Beschwerdeführers, wonach sich Dr. F. ___ nicht mit den Ergebnissen des Job-Coachings auseinandergesetzt habe, erweist sich somit als unbehelflich und vermag das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3.5

Der Beschwerdeführer wendet ferner ein, Dr. F. ___ habe sich nicht zur zentralen Frage, inwiefern die Aufnahme einer leidensadaptierten Tätigkeit mit der Stabilisierung des gesundheitlichen Zustandes zusammenhänge, und wie die Rückfallgefahr bei einer Steigerung des Arbeitspensums oder bei Wiederaufnahme einer Tätigkeit mit Leistungsdruck zu beurteilen sei (Dekomensation), geäussert. Wenn die medizinische Beurteilung des Zustandes des Beschwerdeführers zum Ergebnis gelange, dass bei Steigerung des Arbeitspensums mit einer erneuten Dekompensation zu rechnen sei, könne mitnichten von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 1 S. 8 Rz. 26-27).

Der Beschwerdeführer verkennt, dass eine Rentenausrichtung aus prophylaktischen Gründen im Gesetz nicht vorgesehen und zur Begründung eines Rentenanspruchs der Nachweis einer aktuell invalidisierenden Symptomatik erforderlich ist (Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2012.00410 vom 11. November 2013 E. 3.4.1). Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, ist dieser Nachweis vorliegend nicht erbracht (vgl. E. 4.4). 4.3.6

Soweit der Beschwerdeführer die Ausführungen der Beschwerdegegnerin zu seinen Ressourcen sowie deren Feststellung, wonach sein Leiden behandelbar und damit nicht invalidisierend sei, kritisiert (Urk. 1 S. 8 – 10), ist zu bemerken, dass das Bundesgericht die bei Verfügungserlass aktuelle Rechtsprechung, gemäss welcher leichte bis mittelgradige depressive Störungen als invalidisierende Krankheiten nur in Betracht fielen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent waren, zwischenzeitlich mit BGE 143 V 409 geändert und erkannt hat, dass die Therapierbarkeit keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im iv-rechtlichen Kontext zu liefern vermöge (E. 4.4). Gemäss dieser Entscheidung sind nunmehr namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_676/2017 vom 17. September 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). Das Kriterium der Behandelbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E.

4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1) . Gleiches gilt für die persönlichen Ressourcen (vgl. E. 1.2.2 und E. 1.2.3).

Aufgrund der nachfolgenden Ausführungen ist auch vor dem Hintergrund dieser – nach Verfügungserlass ergangenen – Rechtsprechungsänderung nicht auf ein invalidisierendes psychisches Leiden des Beschwerdeführers zu schliessen. 4.4 4.4.1

Dr. F.____ hat sich in seinem Gutachten vom 25. Juli 2016 – trotz Fehlens einer Diagnose, welche nach damaliger Rechtslage eine solche Prüfung bedingt hätte – mit den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 1.2.3) auseinandergesetzt (Urk. 6/140/37-43).

4.4.2

Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde» ist dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. F.____ zu entnehmen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung nur noch (subjektive) Restsymptome einer depressiven Episode vorhanden und die damit verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde nicht ausgeprägt waren (Urk. 6/140/37). Er wies zudem darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer noch subjektiv geschilderten inner seelischen Restsymptome einer depressiven Störung mit den bestehenden (psycho-)sozialen Belastungen (persönliche Berufswünsche, Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen) zu erklären seien (Urk. 6/140/31). 4.4.3

Zum Behandlungserfolg bzw. zur Behandlungsresistenz (BGE 141 V 281 4.3.1.2) hielt Dr. F.____ fest, dass aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen seit Oktober 2013 dokumentiert seien. Eine Psychopharmakotherapie nehme der Beschwerdeführer seit Ende 2015 nicht mehr wahr. Die bisher wahrgenommene therapeutische Unterstützung könne als erfolgreich gelten. Eine entsprechende Unterstützung sollte beibehalten werden. Die wissenschaftlich anerkannten Therapiemöglichkeiten seien damit aber bei weitem nicht ausgeschöpft. Darauf sollte allfällig zurückgekommen werden, falls sich der Genesungsprozess negativ entwickeln sollte (Urk. 6/140/41).

Die bisher durchgeführte, erfolgreiche Behandlung lässt nicht auf eine schwere depressive Störung schliessen. Von einer Therapieresistenz kann sodann keine Rede sein. 4.4.4

Relevante, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische oder somatische Komorbiditäten wurden von Dr. F.____ – unter Hinweis auf die interdisziplinäre Einschätzung – verneint (Urk. 6/140/40). Zwar hat seit der angefochtenen Verfügung b ein Indikator « Komorbidität »

die Rechtsprechung insofern geändert, als auch diesbezüglich nicht allein auf die Diagnosen, sondern vor allem auf die Auswirkungen der betreffenden Krankheitsbilder auf die persönlichen Ressourcen abzustellen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.2 mit Hinweis) . Selbst wenn die somatischen Diagnosen und die laut Dr. F.____ bestehenden nicht krankheitswertigen akzentuierten Persönlichkeitszüge – eine Persönlichkeitsstörung liegt laut Dr. F.____ nicht vor – als Ressourcen hemmend in der Gesamtwürdigung berücksichtigt werden, vermag dies aber das Gesamtbild nicht massgeblich zu beeinflussen. 4.4.5

Den sozialen Kontext beschrieb Dr. F.____ nachvollziehbar als objektiv und subjektiv geordnet. Der Beschwerdeführer pflege regelmässig vielfältige soziale Kontakte und beschreibe gute innerseelische Ressourcen. Er nenne die Fähigkeit, seine innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden. Er sei beruflich aktiv, arbeite in

Haus und Garten, gehe auf Reisen und sei am sozialen Geschehen interessiert (Urk. 6/140/40; vgl. Urk. 6/140/24). Den Akten ist im Weiteren zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer verheiratet ist und zwei erwachsene Kinder hat. Gemäss seinen Angaben anlässlich der Begutachtung lebt er mit seiner Ehefrau und einem Sohn zusammen. Er sei Mitglied in einem Verein, wo man sich ab zu treffen (Urk. 6/140/24). Der soziale Kontext weist demnach beträchtliche Ressourcen aus, auf die der Beschwerdeführer zurückgreifen kann. 4.4.6

Eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag ist aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf (Urk. 6/140/24; vgl. auch E. 4.4.5) nicht auszumachen. Soweit im Vergleich zur Situation vor Beginn der depressiven Störung eine Limitierung des Aktivitätsniveaus (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit, Aktivitäten) besteht, ist sie laut Dr. F.____ vollständig durch die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers zu begründen (Urk. 6/140/32). Zudem wies Dr. F.____, wie erwähnt, auf einen ausgeprägten Rentenwunsch des Beschwerdeführers hin (Urk. 6/140/42). Die bisher durchgeführten Behandlungs- und Eingliederungsbemühungen lassen zwar einen gewissen (im Verlauf abnehmen den [Sistierung der Psychopharmakotherapie Ende 2015 [Urk. 6/140/24]) psychischen Leidensdruck erkennen. Insgesamt lassen die Feststellungen von Dr. F.____ anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren aber nicht auf einen erheblichen funktionellen Schweregrad der depressiven Symptomatik und damit auch nicht auf eine dadurch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung schliessen. 4.4.7

Ob und allfällig ab wann genau bereits vor Juli 2016 auf seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden könne, liess Dr. F.____ offen. Er wies aber ausdrücklich darauf hin, dass sich aufgrund der Vorberichte eine tatsächliche relevante längerfristige Minderung der Leistungsfähigkeit im Zeitraum zwischen Oktober 2013 und Juli 2016 nicht belegen lasse (Urk. 6/140/36). Ausserdem stellte er fest, dass die depressive Störung überwiegend wahrscheinlich Folge einer Belastung am Arbeitsplatz gewesen sei und nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren auch deren Verlauf massgeblich mitbestimmt hätten (Urk. 6/140/37-38; vgl. Urk. 6/140/30).

Wie eingangs erwähnt, sind das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuschneiden (vgl. E. 1.2.4). Zudem bemerkte Dr. D.____ in seiner psychiatrischen Kurzbeurteilung vom 27. September 2016 ausdrücklich, dass sich die depressiven Symptome ab Oktober 2014 weitgehend zurückgebildet hätten (vgl. Urk. 6/152; vgl. Urk. 6/156 und E. 4.3.3). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die depressionsspezifischen Befunde bereits seit Oktober 2014 nicht (mehr) besonders ausgeprägt waren. Das zum Behandlungserfolg als wichtiger Schweregradindikator Gesagte (vgl. E. 4.4.3) gilt sodann auch für die Zeit vor der Begutachtung. Damit ist ein invalidisierendes Leiden zumindest auch ab Oktober 2014 – und damit auch im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (Juli 2015; vgl. E. 1.3, Art. 29 Abs. 1 IVG und Urk. 6/97) – nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. 4.5

Dass sich seit der Begutachtung bis zur angefochtenen Verfügung vom 25. April 2017 (Urk. 2) der somatische und/oder psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers massgeblich verschlechtert hat, machte der Beschwerdeführer nicht geltend und ist auch nicht ersichtlich. 5.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers seit der unangefochtenen Rentenablehnung vom 29. Mai 2007 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. April 2017 nicht anspruchrelevant geändert haben. Bei diesem Ergebnis erübrigt sich die Durchführung eines Einkommensvergleichs. 6.

Die Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstKübler

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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