

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00799 vom 20. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00799

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00799 du 20 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00799 del 20 novembre 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 wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei

festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

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 renten begründenden 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).

E. 1.5

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)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.6

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl.

Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 15. Juli 2017, vertreten durch seinen behandelnden Psychotherapeuten, Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Juni 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm seit mindestens 18. Dezember 2014 eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell sei ein neutrales, polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 1 Ziff. 1-3).

Die IV Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. September 2017 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 11. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass aufgrund der versicherungsmedizinischen Beurteilung die gestellten Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode, und einer Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung zwar nachvollziehbar seien, aus den Akten jedoch hervor gehe, dass beim Beschwerdeführer gute Ressourcen vorlägen und die psychiatrische Behandlung intensiviert werden könne. Dies lasse darauf schliessen, dass er trotz der psychischen Einschränkungen einer Arbeitstätigkeit nachgehen könne (S. 1 f.).

Daran hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 5) grundsätzlich fest.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) auf den Standpunkt, er sei seit dem Frühjahr 2014 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1). Das in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten, auf welches die Beschwerdegegnerin ausschliesslich zur Entscheidungsfindung abgestellt habe, sei nicht beweiskräftig und genüge

deshalb in keiner Weise als Entscheidungsgrundlage (S. 3 f.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente hat. 3. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem undatierten, wohl im Juli 2014 erstellten Bericht (Urk. 6/53/13; vgl.

Urk. 6/53/1-5 S. 4) aus, dass er den Beschwerdeführer seit 2005 psychiatrisch behandle, und nannte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mit telgradig, eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung als Diagnosen. 3.2

Dem Bericht von Dr. med. A.____, Oberarzt, B.____, Privat klinik C.____, vom 27. Januar 2015 (Urk. 6/38 = Urk. 6/39) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem 23. Dezember 2014 in der Klinik zum zweiten Mal stationär psychiatrisch behandelt wird. Dr. A.____ nannte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) als Diagnosen (S. 1 Mitte). 3.3

Dr. A.____ führte in seinem Bericht vom 13. März 2015 (Urk. 6/44) aus, dass sich der Beschwerdeführer, bei gleich gebliebenen Diagnosen (Ziff. 1.1; vgl. vorstehend E. 3.2) seit dem 23. Dezember 2014 immer noch in stationärer Behandlung befinde (Ziff. 1.3). Seit dem 23. Dezember 2014 bestehe für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schreiner eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Bei einer (Teil-)Remission der Symptomatik könnten insbesondere die Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit für den angestammten Beruf wieder deutlich gebessert erscheinen und die Arbeitsfähigkeit sukzessive gesteigert werden (Ziff. 1.8). 3.4

Lic. phil. D.____, Neuropsychologin und Psychologin FSP, B.____, Privatklinik C.____, berichtete am 30. März 2015 über die am 24. März 2015 während des stationären Aufenthalts in der Klinik durchgeführte neuropsychologische Untersuchung (Urk. 6/53/7-12) und führte aus, dass eine leichte neuropsychologische Störung, hauptsächlich im Rahmen einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) sowie der depressiven Störung (ICD

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).

E. 10

Z73)

Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärungen vom 29. und 30. September 2016 habe sich die Verdachtsdiagnose einer Autismus-Spektrum-Störung und insbesondere eines Asperger-Syndroms nicht erhärten können. Der Beschwerdeführer habe in allen durchgeführten neuropsychologischen Tests zur Überprüfung der sozialen Kognitionen unauffällige Ergebnisse erzielt (S. 3 oben; vgl. den dies bezüglichen neuropsychologischen Bericht vom 30. September 2016 in Urk. 6/78/8-11).

Vom 8. September bis zum 23. Oktober 2016 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie die Fortführung der psychopharmakologischen Therapie werde dringend empfohlen. Zudem werde die Fortführung der Paartherapie empfohlen (S. 4). 3.10

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, erstattete das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am 27. Januar 2017 (Urk. 6/83) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 41 Ziff. V.III.1): - rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ICD-10 F90.0) - narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen aktuellen Konsum von Cannabis (ICD-10 F12; S. 41 Ziff. V.III.2).

Dr. H.____ legte dar, dass in der gutachterlichen Gesamtschau anhand der Aktenlage, der Eigenanamnese und des klinischen Befundes beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung mit einer 2004/2005 aufgetretenen psychotischen Episode und einer wohl leichten psychotischen Episode zirka 2011 plausibel sei. In den letzten 13 Jahren habe die Ausprägung der Depression fluktuiert. Derzeit sei der Schweregrad der Depression als leicht bis mittelgradig einzustufen. Die Diagnose einer Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung sei eben falls plausibel. Zudem gebe es beim Beschwerdeführer deutliche Hinweise auf zumindest eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung. Die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung sei hingegen nicht nachvollziehbar, hierfür seien die nötigen diagnostischen Kriterien nicht erfüllt. Dagegen würden die Eigenanamnese des Beschwerdeführers und der klinische Befund sprechen. Auch passe die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung nicht zur Diagnose einer Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung, da solche Menschen im Regelfall nicht ängstlich-vermeidend seien. Auch die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung sei nicht nachvollziehbar, die diagnostischen Kriterien seien nicht erfüllt. Der Beschwerdeführer sei nicht gleichgültig gegen Lob oder Kritik, im Gegenteil sei er sehr kritikempfindlich, könne durchaus Freude empfinden und habe freundschaftliche Beziehungen. Auch eine sexuelle Abstinenz liege nicht vor. Gegen die Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung spreche auch das unauffällige testpsychologische Profil, das durchgeführt worden sei, um eine Störung aus dem Autismus spektrum, genauer gesagt eines Asperger Syndroms, zu untersuchen (S. 32 ff. Ziff. IV).

Für die angestammte Tätigkeit als Betreuer von Jugendlichen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Im Verlauf seit Mitte 2014 habe eine fluktuierende Arbeitsunfähigkeit bestanden. Es sei plausibel, dass von zirka Juli 2014 bis Oktober 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. In der angepassenen Tätigkeit als Schreiner bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % zum Zeitpunkt der Begutachtung. Von Juli 2014 bis Oktober 2016 sei die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit (mit deutlichen

Fluktuationen) auf 50 % zu schätzen (S. 45 f. Ziff. V.VI.1). In einer weiter angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 % ab der Begutachtung analog zur Tätigkeit als Schreiner (S. 47 Ziff. V.VI.2). 3.11

In seiner Stellungnahme vom 15. Februar 2017 (Urk. 6/85/6-7) führte pract. med. I.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), aus, dass auf das eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. H.____ (vorstehend E. 3.10) abgestellt werden könne. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer ist gelernter Schreiner. Als er sich am 27. Mai 2011 zum ersten Mal bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete, befand er sich seit August 2009 in der Ausbildung zum Fachmann Betreuung, schloss diese jedoch nicht ab. Anfang Januar 2012 begann der Beschwerdeführer wieder als Schreiner zu arbeiten, beginnend in einem 50%-Pensum und ab März 2012 in einem 60%-Pensum. In Absprache mit seinem Therapeuten wurde vereinbart, das Pensum bis im August 2012 auf 100 % zu steigern. Die Beschwerdegegnerin ging damals davon aus, dass die gelernte Tätigkeit als Schreiner einer medizinisch angepassten Tätigkeit entspreche (vgl. Urk. 6/3 Ziff. 5.2; Urk. 6/23 S. 1). Nachdem der Beschwerdeführer der Aufforderung der Beschwerdegegnerin mittels Schreiben vom 28. August 2012 (Urk. 6/24) und Mahnung vom 11. Oktober 2012 (Urk. 6/25) nicht nach gekommen war mitzuteilen, ob er das Pensum wie geplant auf 100 % habe steigern können, konnte die Beschwerdegegnerin nicht prüfen, ob ein Anspruch auf eine Rente bestand. In der Folge wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 22. Januar 2013 (Urk. 6/29) ab.

Von Juli 2012 bis Mitte März 2014 war der Beschwerdeführer bei der J.____ GmbH als Schreiner tätig, wobei das Arbeitsverhältnis aus wirtschaftlichen Gründen beendet wurde (Urk. 6/43; Urk. 6/46 S. 1). Seither war er nicht mehr erwerbstätig und wird von der Sozialhilfe unterstützt (vgl. Urk. 6/83 S. 24 Ziff. II). Am 5. Dezember 2014 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/31). 4.2

Der psychiatrische Gutachter Dr. H.____ ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, so dass er zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers grundsätzlich befähigt ist. Das psychiatrische Gutachten erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das psychiatrische Gutachten die praxismässigen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.7), weshalb zur Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers grundsätzlich darauf abzustellen ist. 4.3

Dr. H.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittel gradige Episode (ICD-10 F33.1), eine Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ICD-10 F90.0) und eine narzisstische Persönlichkeitsakzentuierung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

sowie einen aktuellen Konsum von Cannabis ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er attestierte dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Betreuer von Jugendlichen eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Von zirka Juli 2014 bis Oktober 2016 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. In der angepassten Tätigkeit als

Schreiner bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 25 %. Von Juli 2014 bis Oktober 2016 habe eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 50 % vor gelegen. Auch in einer weiter en angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeits fähigkeit von aktuell 75 % (vorstehend E. 3.10).

Das Bundesgericht entschied mit BGE 143 V 418, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl.

vor ste hend E. 1.4), so auch vorliegend. Es ist deshalb nachfolgend aus rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode, der Aufmerksamkeits- und Aktivitäts störung und der narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung eine Arbeitsun fähigkeit ausgewiesen ist. 4.4

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass der Beschwerdeführer auf grund des depressiven Syndroms an teilweiser Freudminderung, Grübel neigung, leichteren Schlafstörungen und Ängsten leidet (Urk. 6/83 S. 32 Ziff. IV, vgl.

S. 28 f. Ziff. III).

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit Ende 2004 psychiat risch-psychotherapeutisch behandelt wird (vgl. Urk. 6/11/1-5 Ziff. 1.3 1.4; Urk. 6/83 S. 4 ff. Ziff. I; vgl. auch vorstehend E. 3.1, E. 3.10). Die bisherige Therapie ist teilweise lege artis. Nach Angaben des Beschwerdeführers findet eine regelmässige wöchentliche psychotherapeutische Behandlung beim Psychologen lic. phil. I F. ___ statt (Urk. 6/83 S. 42 Ziff. IV.1), wobei der behandelnde Psychologe im Juni 2016 noch angab, der Beschwerdeführer könne nicht alle Termine wahrnehmen (vorstehend E. 3.8). Eine psychiatrische Behandlung findet laut Angaben des Beschwerdeführers hingegen kaum statt, er habe keine Termine bei seiner Psychiaterin Dr. E. ___ , er würde nur Rezepte vor ihr erhalten (Urk. 6/83 S. 42 Ziff. IV.1). In der Vergangenheit wurde der Beschwerdeführer bereits stationär behandelt (vorstehend E. 3.2-3.3, E. 3.5, E. 3.9-3.10). An verblei benden Therapieoptionen besteht nach Ansicht des psychiatrischen Gutachters die Möglichkei t der Intensivierung der psychiatrischen Behandlung. Des Weiteren ist aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Cannabisabstinenz indiziert (Urk. 6/83 S. 42 Ziff. IV.3). Demnach sind die Therapieoptionen noch nicht aus geschöpft, was auf eine positive Prognose hindeutet.

In Bezug auf die Komorbidität ist festzuhalten, dass sich der Cannabiskonsum negativ auf die depressive Störung auswirkt. Die narzisstische Persönlichkeits ak zentuierung und erhöhte Kränkbarkeit wirken sich ebenfalls negativ auf die depressive Störung aus (Urk. 6/83 S. 41 Ziff. III.4).

Zum Komplex Persönlichkeit ist festzuhalten, dass keine Persönlichkeitsstörung vorliegt (vorstehend E. 3.10). Der Beschwerdeführer verfügt über gute kognitive und mnestiche Fähigkeiten, eine gute Kommunikationsfähigkeit sowie eine gute Ausbildung (Urk. 6/83 S. 39 Ziff. V.I.8, S. 40 Ziff. V.II.5) . Er verfügt demnach durchaus über persönliche Ressourcen.

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten, dass d er Beschwerdeführer mit seiner Partnerin in einer Wohnung zusammenlebt, über einen guten Freundes kreis verfügt und sich auch regelmässig mit Freunden trifft. Auch macht er Urlaube, fährt dabei, obwohl er

über Ängste beim Autofahren berichtet, weite Strecken ins Ausland und hat dort keine Schwierigkeiten, sich in die Familie seiner Partnerin zu integrieren. Zudem verfügt der Beschwerdeführer über einen geregelten Tagesablauf und geht diversen Aktivitäten nach. So arbeitet er ausgiebig handwerklich sowohl im Garten als auch im häuslichen Bereich, führt komplexe Elektronikbasteleien durch und kann sich hierfür auch lange auf die Tätigkeit konzentrieren (Urk. 6/83 S. 44 Ziff. V.V.2, vgl. S. 14 ff. Ziff. II). Somit verfügt der Beschwerdeführer durchaus über Ressourcen.

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass diesbezüglich keine gleichmässigen Einschränkungen bestehen. Der Beschwerdeführer war zuletzt von Juli 2012 bis Mitte März 2014 bei der J.____ GmbH als Schreiner angestellt, seither hat er nicht mehr gearbeitet (vorstehend E. 4.1). Daneben zeigt der Beschwerdeführer jedoch Aktivitäten im Tagesablauf, betätigt sich handwerklich im Garten und im häuslichen Bereich, verfügt über einen guten Freundeskreis, macht Urlaub und fährt Auto (Urk. 6/83 S. 44 Ziff. V.V.2). Ausserdem ist das Aktivitätsniveau im Vergleich zum Zeitpunkt vor Eintritt der Gesundheitsschädigung nicht wesentlich reduziert (Urk. 6/82 S. 44 Ziff. V.V.3).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanames ist festzuhalten, dass psychotherapeutische und stationäre Behandlungen stattfanden. Die psychiatrische Behandlung fand hingegen kaum statt (Urk. 6/83 S. 42 Ziff. IV.1). Dies deutet auf einen gewissen Leidensdruck hin. 4.5

Damit resultiert ein Gesamtbild, welches aus psychiatrischer Sicht nicht auf bedeutende funktionelle Beeinträchtigungen schliessen lässt. Die vom psychiatrischen Gutachter attestierte aktuelle, mithin ab Begutachtungszeitpunkt geltende, 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Betreuer von Jugendlichen beziehungsweise 25%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Schreiner oder sonstigen angepassten Tätigkeit (vorstehend E. 3.10, E. 4.3) überzeugt daher nicht. Ob es sich dem psychiatrischen Gutachter folgend basierend auf den Feststellungen der erstmaligen Anmeldung zum Leistungsbezug (vgl. vorstehend E. 4.1) - bei der Tätigkeit als Betreuer von Jugendlichen um die angestammte Tätigkeit und bei der Tätigkeit als Schreiner um eine angepasste Tätigkeit handelt (vgl. Urk. 6/83 S. 45 Ziff. VI.1) oder ob es sich nicht vielmehr bei der Tätigkeit als Schreiner um die angestammte Tätigkeit handelt, braucht vorliegend deshalb nicht abschliessend beurteilt zu werden.

Da die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes ist (Art. 6 ATSG), kommt der Arztperson bei der Folgenabschätzung der von ihr erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigung keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu, sondern sie nimmt hierzu Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab. Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine rein medizinische, sondern letztlich eine juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verliert (SVR 2013 IV Nr. 9 S. 21, Urteil des Bundesgerichts 8C_842/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 4.2.2). Im vorliegenden Fall ist insofern vom psychiatrischen Gutachten abzuweichen, als festgehalten werden kann, dass der Beschwerdeführer aus versicherungsrechtlicher Sicht ab dem Begutachtungszeitpunkt, mithin ab November 2016 (vgl. Urk. 6/83 S. 2 unten), in seiner Arbeitsfähigkeit nicht

eingeschränkt ist. 4.6

Dr. H.____ legte in seinem Gutachten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dar, weshalb keine Persönlichkeitsstörung, insbesondere keine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung oder schizoide Persönlichkeitsstörung, vorliegt (vorstehend E. 3.10). Darauf ist abzustellen. Die Berichte von Dr. Z.____, lic. phil. I F.____ und Dr. E.____, die eine Persönlichkeitsstörung diagnostizierten (vorstehend E. 3.1, E. 3.5, E. 3.8), vermögen somit am Beweiswert des Gutachtens nichts zu ändern. 4.7 4.7.1

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im November 2016 hielt Dr. H.____ fest, dass es in Bezug auf die (angestammte) Tätigkeit als Betreuer von Jugendlichen plausibel sei, dass von zirka Juli 2014 bis Oktober 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Die Arbeitsunfähigkeit als Schreiner schätze er hingegen von Juli 2014 bis Oktober 2016 auf durchschnittlich 50 % (vorstehend E. 3.10, E. 4.3).

Dr. Z.____, der damalige behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, machte in seinem Bericht vom Juli 2014 keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.1). Von Mitte bis Ende 2014 liegen keine weiteren Arztberichte vor. Von Ende Dezember 2014 bis im April 2015 wurde der Beschwerdeführer in der Privatklinik der B.____ in C.____ stationär behandelt (vorstehend E. 3.2-3.3, E. 3.5). Ein Arzt der B.____ attestierte dem Beschwerdeführer im März 2015, als sich dieser noch in stationärer Behandlung befand, sodann eine seit Dezember 2014 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schreiner (vorstehend E. 3.3). Dass der Beschwerdeführer während des stationären Aufenthaltes nicht arbeitsfähig war, ist nachvollziehbar. Dem neuropsychologischen Bericht vom März 2015 sind keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit zu entnehmen (vorstehend E. 3.4).

Der behandelnde Psychologe lic. phil. I F.____ attestierte dem Beschwerdeführer im Juni 2015 eine seit Juli 2014 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Schreiner und Betreuer (vorstehend E. 3.5). In Bezug auf diesen Bericht ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt behandelnde Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aus sagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ausserdem legte der behandelnde Psychologe nicht näher dar, aufgrund welcher Befunde und Beeinträchtigungen seit Juli 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliegen soll. Im Juli 2015 war der behandelnde Psychologe sodann der Ansicht, dass eine Schreiner Tätigkeit in einem agogischen Bereich durchaus denkbar sei, ohne das Pensum jedoch näher zu umschreiben (vorstehend E. 3.6). Im Juni 2016 machte er hingegen keine Angaben mehr zur Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.8).

Schliesslich wurde der Beschwerdeführer erneut von Anfang September bis Anfang Oktober 2016 in der Privatklinik der B.____ in C.____ stationär behandelt. Eine Ärztin der B.____ attestierte dem Beschwerdeführer sodann vom 8. September bis zum 23. Oktober 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 3.9). Dass der Beschwerdeführer während des stationären Aufenthaltes und zirka zwei Wochen darüber hinaus nicht arbeitsfähig war, ist denn auch nachvollziehbar. 4.7.2

Sämtliche Tatsachen, aus denen eine Anspruchsberechtigung abgeleitet wird, müssen zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein.

Bleiben für den Leistungsanspruch erhebliche Tatsachen unbewiesen, so hat der Versicherte die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 28a N 278 und 280 mit Hinweisen).

Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). 4.7.3

Es liegen für den Zeitraum von Juli 2014 bis Oktober 2016 einerseits Einschätzungen in verschiedenen echtzeitlichen medizinischen Berichten vor, welche – wie oben erwähnt einzeln, wie auch in der Gesamtheit – nicht zu überzeugen vermögen sowie andererseits die Einschätzung von Dr. H.____ in dessen Gutachten vom Januar 2017. Darin kam Dr. H.____ zu folgendem Schluss:

«Für die angepasste Tätigkeit als Schreiner schätze ich die durchschnittliche AUF (mit deutlichen Fluktuationen) von Juli 2014 bis Oktober 2016 im Zeitverlauf höher ein mit durchschnittlich 50 %. Der Versicherte hat während dieser Zeit auch über Aktivitäten berichtet wie Umzug, Renovierung der Wohnung usw., in denen die AUF eher niedriger einzuschätzen ist. Andererseits wurde dieser Zeitraum unterbrochen durch dokumentierte Phasen mit einer höheren AUF und durch stationäre Aufenthalte, während der die AF 0 % war. Somit ergibt sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit für diesen Zeitraum eine durchschnittliche AUF von 50 %» (Urk. 6/83 S. 46 unten und S. 47 oben).

Die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit mit deutlichen Fluktuationen im Zeitraum von Juli 2014 bis Oktober 2016 von Dr. H.____ vermag ebenfalls nicht zu überzeugen. Zwar gab es in jenem Zeitraum zwei stationäre Aufenthalte mit einer ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die jeweilige Dauer des Aufenthaltes (Ende Dezember 2014 bis zu einem zeitlich nicht näher definierten Austritt im April 2015, mithin von rund 3 Monaten [vgl. Urk. 8/83/25], und 8. September bis 6. Oktober 2016, mithin von rund 1 Monat; vgl. vorstehend E. 3.2-3.3 sowie E. 3.9). In Bezug auf den zweiten hier relevanten stationären Aufenthalt ist zu erwähnen, dass kurze Zeit nach dem Austritt die psychiatrische Begutachtung am 23. November 2016 stattfand mit der ab Begutachtungzeitpunkt attestierten 25%igen Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Schreiner und in angepassten Tätigkeiten (Urk. 6/83). Angesichts der sich nicht wesentlich unterscheidenden Diagnosen anlässlich des stationären Aufenthalts in 2016 und im Gutachten erscheint die von den Ärzten der B.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit mit dem stationären Aufenthalt an sich begründet zu sein, und sie entspricht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht einer hier zu berücksichtigenden Arbeitsfähigkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht auch in angepassten Tätigkeiten im Zeitraum vor der Begutachtung. In Bezug auf den ersten hier relevanten stationären Aufenthalt von Ende Dezember 2014 bis zu einem zeitlich nicht näher definierten Austritt im April 2015 ist ebenfalls von einer lediglich den stationären Aufenthalt betreffenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Dabei wurde im entsprechenden Bericht einerseits wiederholt auf die grundsätzlich gute Prognose sowie die potentiell mögliche 100%ige Arbeitsfähigkeit nach Remission hingewiesen und andererseits auch das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren erwähnt (vgl. Urk. 6/44/2-3 Ziff. 1.4-1.8), womit ebenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer längerdauernden invaliden versicherungsrechtlichen 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit

auszugehen ist. Dies muss umso mehr gelten, als im Juli 2015 eine Schreiner Tätigkeit in einem agogischen Bereich als durchaus denkbar bezeichnet wurde mit sehr positiver Prognose (vgl. vorstehend E. 3.6).

In jener Zeit von Juli 2014 bis Oktober 2016, in welcher der Beschwerdeführer nicht stationär behandelt wurde, erscheint sodann die von Dr. H. ___ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit (mit deutlichen Fluktuationen) - wie bereits erwähnt - als nicht überzeugend. Zum einen ist unklar, was mit den «deutlichen Fluktuationen» konkret gemeint ist. Angesichts der stationären Aufenthalte einerseits und der von Dr. H. ___ erwähnten zahlreichen Tätigkeiten und Aktivitäten andererseits kann davon ausgegangen werden, dass Abweichungen sowohl gegen oben (höhere Arbeitsfähigkeit) als auch gegen unten (tiefere Arbeitsfähigkeit) gemeint wurden. Diese ungenaue Angabe ist jedoch nicht geeignet, eine verlässliche invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Im Übrigen ist angesichts des in jenem Zeitraum vorliegenden Gesundheitszustands (im Wesentlichen die von Dr. H. ___ gestellten Diagnosen mit Ausnahme einer schweren Ausprägung der depressiven Störung während der stationären Behandlung von Dezember 2014 bis April 2015; vgl. vorstehend E. 3.2-3.3, E. 3.5 sowie E. 3.10) mit der attestierten Arbeitsunfähigkeit von rund 50 % ebenfalls ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 durchzuführen. Hierfür kann auf die vorstehenden Erwägungen E. 4.4-4.5 verwiesen werden. Insbesondere erfolgten im Zeitraum von 2014 bis 2016 zahlreiche Tätigkeiten und Aktivitäten, welche insbesondere mit Hinblick auf den verhaltensbezogenen Aspekt der Konsistenz beziehungsweise mit Hinblick auf die Frage nach der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen beweisrechtlich entscheidend sind (BGE 141 V 281 E. 4.4). So habe der Beschwerdeführer im Jahr 2014 für ein halbes Jahr einem Bekannten auf dem Biohof geholfen. Im Jahr 2015 sei er mit der Freundin zusammengezogen und sie hätten zusammen die Wohnung sehr ausführlich renoviert. Das habe er fast ein Jahr lang gemacht mit Unterbrechungen und dies sei eine gute Beschäftigung gewesen (Urk. 6/83 S. 24 f.). Zudem seien Urlaube in Holland erfolgt (Urk. 6/83 S. 16). Insgesamt kann somit auch im Zeitraum von Juli 2014 bis Oktober 2016 weder von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit als Schreiner und in angepassten Tätigkeiten noch von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten längerdauernden höheren Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden.

Schliesslich ist von weiteren Abklärungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zwischen Juli 2014 und Oktober 2016 in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen (BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 157 E. 1d), da nicht davon auszugehen ist, dass weitere medizinische Abklärungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu einem anderen Ergebnis führen.

4.8

Nach dem Gesagten ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen, weshalb die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht abgewiesen hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y. ____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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