

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00005 vom 14. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00005

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00005 du 14 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00005 del 14 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, ist syrischer Staatsangehöriger und Vater zweier Kinder (geboren 2009 und 2012), Urk. 7/5 Ziff.

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

Nach Art.

E. 1.3

Schweizerische und ausländische Staatsangehörige sowie Staatenlose haben gemäss Art. 6 IVG Anspruch auf Leistungen gemäss den nachstehenden Bestimmungen. Art. 39 bleibt vorbehalten (Abs. 1). Ausländische Staatsangehörige sind, vorbehaltlich Artikel 9 Absatz 3, nur anspruchsberechtigt, solange sie ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art.

E. 1.4

unten).

Der Patient leide seit der Jugend unter rezidivierenden depressiven Phasen von jeweils relativ kurzer Dauer von wenigen Tagen bis wenigen Wochen. Eine Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt scheine im Hinblick auf die langjährige chronische psychische Erkrankung mittel- und langfristig nicht realisierbar zu sein. Der Patient sei jedoch für eine Arbeitsintegration motiviert. Eventuell sei ein Arbeitsplatz im geschützten Bereich realisierbar (S. 2 f. Ziff. 1.4). In der ambulanten psychiatrischen Behandlung fänden zirka alle zwei Wochen Termine statt (S. 3 Ziff. 1.5).

Seit Juni 2012 bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Der Patient sei hinsichtlich der Anpassung an Regeln und Routine schwer beeinträchtigt. Während der depressiven Phasen habe er Mühe, das Haus zu verlassen und er könne dann Termine nicht

verbindlich wahrnehmen. Weiter sei er in der Planung und Strukturierung von Aufgaben mittelgradig beeinträchtigt. Dabei handle es sich um die Fähigkeit, den Tag und/oder die anstehenden Aufgaben zu planen und zu strukturieren. Oftmals könne er geplante Aktivitäten aufgrund der schweren depressiven Symptomatik nicht wahrnehmen. In der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit sei er mittelgradig beeinträchtigt. Auch in der Entscheidungs- und der Urteilsfähigkeit bestehe eine mittelgradige Beeinträchtigung. In der Durchhaltefähigkeit sei der Patient aufgrund der depressiven Beschwerden schwer beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittelgradig beeinträchtigt. Da der Patient unter Insuffizienzgefühlen leide, fühle er sich minderwertig und habe Mühe mit sozialen Kontakten. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die Gruppenfähigkeit seien mittelgradig beeinträchtigt. Weiter benötige er Unterstützung in der Kinderbetreuung. Bezüglich Spontanaktivitäten sei er mittelgradig beeinträchtigt (S.

3 Ziff. 1.6-1.7).

Eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem leichten Belastungsprofil sei zirka für zwei Stunden pro Tag möglich (S. 4 Ziff. 1.7). Für einen Integrationsversuch sei ein schrittweiser Einstieg mit zirka ein bis zwei Stunden pro Tag wichtig. Der Patient müsse regelmässige Pausen machen können und sollte keinem hohen Leistungsdruck ausgesetzt sein. Zudem benötige er ein unterstützendes Umfeld (S. 5 unten).

E. 1.5

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1): a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art. 16 Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in

der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

E. 1.6

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte im angefochtenen Entscheid eine dauerhafte Einschränkung des Gesundheitszustandes und damit einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente . Dabei verwies sie allgemein auf das

Ergebnis der medizinischen Abklärungen (Urk. 2 S. 1). Die Frage ,

ob die versicherungsmässigen Voraussetzungen

gemäss

Art. 6 Abs. 3

und Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt

sind , wurde von der Beschwerdegegnerin offengelassen.

In der Vernehmlassung vom 5. Februar 2018 äusserte sich die Beschwerdegegnerin ebenfalls

nur

zu den medizinischen Abklärungen. Sie stellte fest, gemäss den medizinischen Unterlagen sei eine rezidivierende depressive Störung mit hypomanischen Episoden diagnostiziert worden. Deren Ausprägung sei als leicht - bis mittelgradig beurteilt worden. Die erhobenen Befunde seien jedoch leichtgradig ausgeprägt . Eine Behandlungsresistenz sei nicht ausgewiesen (Urk. 6 S. 1). Insgesamt erreichten die Leiden nicht einen invalidisierenden Schweregrad, der die Arbeitsleistung dauerhaft einschränke (Urk. 6 S. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer brachte vor, die berichteten Beschwerden seien durch IV-relevante Diagnosen bereits zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung von zwei Fachärzten bestätigt und nachvollziehbar begründet worden . Neue Arztberichte seien nicht notwendig (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4). Gemäss den behandelnden Ärzten sei eine Berufstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt im Hinblick auf die langjährige chronische psychische Erkrankung mittel- und langfristig nicht realisierbar (Urk. 1 S. 5 oben). Die diagnostizierte bipolare Störung sei vergleichbar mit einer «Schubkrankheit». Eine solche könne in Ausprägung und Häufigkeit variieren, weshalb die Erwerbsfähigkeit im Einzelfall geprüft werden müsse (Urk. 1 S. 7 Ziff. 6). 2.3

Beim Beschwerdeführer handelt es sich um einen vorläufig aufgenommenen Ausländer (Ausweis F,

vgl. Urk. 7/6 ; Art. 83 ff. des Bundesgesetzes über die Ausländerinnen und Ausländer, AuG). Die Beschwerdegegnerin entscheidet sich dafür, zunächst die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

medizinisch abzuklären und die weiteren Voraussetzungen wie das Erfüllen der versicherungsmässigen Voraussetzungen erst danach zu prüfen (vgl. Urk. 7/27 S. 3 Mitte) . Das von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

Streitig ist , ob ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und gegebenenfalls auf eine Rente besteht. Zunächst ist zu prüfen, ob anhand der vorliegenden medizinischen Akten eine ausreichende Beurteilung des Gesundheitszustands und der

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers möglich ist.

3.

E. 3

).

Im Oktober 2003 reiste er in die Schweiz ein (Urk. 7/5

Ziff.

E. 3.1

Die Ärzte des Kantonsspitals Y.____ führten im Bericht vom 20. Januar 2014 (Urk. 7/26/7) nach der Sprechstunde vom 11. Juni 2013 aus, es bestehe ein chronisches rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom, welches auf infiltrative Behandlungen nicht mehr anspreche. Sinnvoll seien lediglich weiterführende physiotherapeutische Massnahmen. Der Patient sei aus rein rheumatologischer Sicht für leicht wechselbelastende Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig , wobei das Heben von Gewichten auf maximal 5-10 kg zu beschränken sei (S. 1 unten).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer ist seit Januar 2005 in der Integrierten Psychiatrie Z.____ , in ambulanter Behandlung (Urk. 7/18 S. 1 Ziff. 1.2). Vom 13. Januar bis 24. Februar 2016 war er

in der Klinik A.____ , Z.____ , in stationärer psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/25/2).

B.____ , Fachpsychologin Psychotherapie FSP, und C.____ , Oberärztin, Z.____ , nannten im Austrittsbericht vom 3. März 2016 (Urk. 7/25/2-4) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) . Unter dem Titel «integrative Diagnose» wurde angegeben, dass seit dem 18. Lebensjahr eine rezidivierende depressive Störung bestehe mit aktuell mittelgradiger Episode seit November 2015 (S. 1). Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Behandlung von einer mittelgradigen beim Eintritt hin zu einer leichtgradigen Symptomatik zum Zeitpunkt des Austrittes verbessert. Der Beschwerdeführer habe sich zum Zeitpunkt des Austrittes bezüglich der Stimmung deutlich aufgehellter gezeigt mit mehr Eigeninitiative und Antrieb . Die Medikation sei im Verlauf unverändert weitergeführt worden (S . 2 unten).

E. 3.3

D.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte im Bericht vom 19. Januar 2017 (Urk. 7/9) folgende Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

mittelgradige Episode - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Status nach Gelenksinfiltration L4/5 links bei hochaktiver Spondylarthrose - ausgeprägte Rückenfehlhaltung, chronisches therapieresistentes lumbovertebrales Syndrom

Der behandelnde Arzt führte weiter aus, der Patient habe chronische Rückenschmerzen. Zudem bestehe eine körperliche Behinderung, da er kleinwüchsig sei. Wegen der Rückenbeschwerden seien mehrmals Physiotherapien sowie eine Meidizinische Trainingstherapie (MTT) durchgeführt worden, was nicht zu einer Verbesserung geführt habe. Da zudem eine rezidivierende depressive Störung bestehe, sei der Patient in psychiatrischer Behandlung.

D.____ machte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit.

E. 3.4

E.____, Fachpsychologin, und F.____, Oberärztin, nannten im Bericht vom 3. April 2017 (Urk. 7/18) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit hypomanischen Episoden (bipolare-2-Störung, ICD-10 F31.8, S. 1 Ziff. 1.1).

Zur Anamnese wurde ausgeführt, der Patient sei in Syrien geboren. Die Eltern seien kurdischer Abstammung. Im Jahr 2002 sei er über Österreich und Deutschland in die Schweiz geflüchtet. Offiziell sei er staatenlos, da ihm Syrien angeblich die Staatsangehörigkeit verweigere. Seine Frau habe zwei Töchter geboren. Aktuell lebe er von seiner Ehefrau getrennt und mit den beiden Töchtern zusammen. Der Patient sei von der Fürsorge abhängig (S. 2 Ziff. 1).

E. 3.5

Der Beschwerdeführer ist beim Verein G.____ angestellt. Die zuständige Sozialarbeiterin des Vereins

G.____ berichtete am 5. Juli 2017 (Urk. 7/20) zuhause der Beschwerdegegnerin über das Anstellungsverhältnis. Sie gab an, dass der Beschwerdeführer seit dem 12. Mai 2017 dort angestellt sei. Im Rahmen einer leichten Tätigkeit verrichte er Hilfsarbeiten, zum Beispiel Verpackungsaufträge (S. 1 Ziff. 1 und 3). Der Arbeitsvertrag beinhalte ein Pensum von 100 % beziehungsweise von 42.5 Stunden pro Woche. Aufgrund der körperlichen Einschränkung bestehe aber nur eine sehr geringe Möglichkeit, dem Beschwerdeführer Arbeit zu vermitteln. Der Lohn betrage maximal Fr. 400.-- pro Monat (S. 2 Ziff. 4-6). Befragt nach der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gab die Sozialarbeiterin an, der Beschwerdeführer habe sich bei zwei Arbeitsaufträgen sehr eingesetzt. Ob längere Arbeitszeiten möglich gewesen wären, habe nicht geprüft werden können (S. 2 Ziff. 7).

E. 3.6

Dr. H.____, Facharzt für Chirurgie, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 12. Juli 2017 (Urk. 7/27 S. 4 f.) Stellung zu den medizinischen Akten. Er führte aus, die vorliegenden Arztberichte seien keinesfalls schlüssig und die angeführten medizinischen Fakten nicht nachvollziehbar. Auf diese könne nicht abgestellt werden. Es werde daher eine Rückfrage bei Dr. F.____ empfohlen (S. 4 unten).

E. 3.7

E.____ und Dr. I.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Z.____ , antworteten am 21. August 2017 (Urk. 7/23) auf die Fragen der Beschwerdegegnerin.

Auf die Frage nach dem Beginn der depressiven Erkrankung gaben die Fachleute an, der Patient stehe seit dem Jahr 2005 in der Z.____ in psychiatrischer Behandlung. Für die Behandlungszeit in Syrien lägen keine Berichte vor. Es sei nicht eindeutig geklärt, welche Erkrankungen in Syrien diagnostiziert worden seien. Aus den Erzählungen des Patienten müsse davon ausgegangen werden, dass die depressive Erkrankung bereits vor 2005 bestanden habe (S. 1 Ziff. 1). Die Beschwerdegegnerin stellte den Fachleuten sodann die Frage, weshalb erst seit 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden sei. Diese antworteten darauf, die Arbeitsfähigkeit sei erst im Laufe der Behandlung beurteilt worden. Vor dem Jahr 2012 sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht notwendig gewesen (S. 1 Ziff. 2).

Der Patient habe zwei Töchter im Alter von vier und sieben Jahren. Seitdem die Ehefrau die Familie verlassen habe, sei der Patient der einzig vorhandene Elternteil. Die 7-jährige Tochter gehe zur Schule und werde zu 100 % in einem Hort betreut. Die 4-jährige Tochter sei zu 100 % in einer Kita. Die beiden Töchter seien für den Patienten ein ganz wichtiger Lebensinhalt und er sei motiviert, den Kindern ein guter Vater zu sein und dafür zu sorgen, dass es ihnen gut gehe. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % begründe nicht automatisch auch eine 100%ige Unfähigkeit in der Kinderbetreuung beziehungsweise in der Erziehung der Kinder. Der Patient schaffe es, sich morgens und abends um die Kinder zu kümmern. Tagsüber würden sie extern betreut. Am Wochenende erhalte er Unterstützung durch eine Frau von der Kirche, die mit den Kindern mehrere Stunden etwas unternahme. Seitdem der Patient sich alleine um die Kinder kümmern müsse, sei sogar eine leichte Verbesserung des psychischen Zustandsbildes erfolgt und die depressiven Einbrüche hätten sich im Schweregrad und in der Symptomatik etwas gemildert (S. 1 f. Ziff. 3).

Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei vor allem begründet durch die Häufigkeit der depressiven Einbrüche, die bisher in einem monatlichen Rhythmus beziehungsweise alle zwei Monate und mit einer Dauer von jeweils ein bis zwei Wochen aufgetreten seien. Es erscheine unrealistisch, dass der Patientin im freien Arbeitsmarkt einen Arbeitsplatz finden könne, wenn er dabei regelmässig länger dauernde Krankheitsabsenzen aufweise (S. 2 Ziff. 4).

Von psychiatrischer Seite sei vieles versucht worden, um eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes zu erreichen, sowohl in medikamentöser als auch in therapeutischer Hinsicht. Es hätten diverse Medikationsversuche stattgefunden, welche aufgrund von Nebenwirkungen beziehungsweise Unverträglichkeit oder aufgrund ungenügender Wirksamkeit wieder hätten abgebrochen werden müssen. Auch ein stationärer psychiatrischer Aufenthalt habe keine wesentliche Verbesserung beziehungsweise keine Veränderung des psychischen Zustandsbildes gebracht. Immerhin sei mit der integrierten psychiatrischen Behandlung über die Jahre eine gewisse Stabilität erreicht worden, so dass immer wiederkehrende stationäre Aufenthalte oder Krisensituationen hätten abgewendet werden können. Inwieweit überhaupt eine deutliche Verbesserung des Zustandsbildes erreicht werden könne erscheine im Hinblick auf das langjährige, chronifizierte Bild fraglich (S. 2 Ziff. 5).

E. 3.8

Am

8. September 2017 (Urk. 7/27 S. 6 f.) erfolgte eine weitere Stellungnahme von Dr. H.____ . Dabei äusserte er sich auch zu der bei der Z.____ eingeholten Kranken akte des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 7/25).

Er gab an, seit jeher bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % . In Bezug auf die bisherige nicht näher definierte Tätigkeit bestünden keine funktionellen Einschränkungen. Gemäss dem Bericht von

C.____ vom 29. Dezember 2015 (Urk. 7/25/21-22) müsse ein Krankheitsgewinn im Sinne einer Hoffnung auf IV-Massnahmen gesehen werden. Der Patient sei in einem guten und stabilen Zustand. Auffällig sei, dass er seit dem Weggang der Ehefrau keine depressiven Einbrüche mehr gehabt habe, er aktiver sei und sich um die Kinder kümmere. Er zeige sich fürsorglich und besorgt um die Kinder . Der Patient habe einen guten Antrieb und genug Energie. Er fahre fast täglich nach Zürich besuche dort eine kostenlose Sprachschule und treffe sich mit Kollegen. Im Leseraum esse er regelmässig zu Mittag (S. 6 unten).

Aufgrund der Arztberichte liege der Schluss nahe, dass bei mangelnden Interesse schon immer eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe. Dabei sei zu bedenken, dass bei der sicherlich vorliegenden leichten, rezidivierenden depressiven Störung eine feste Tagesstruktur (Arbeit) genug Motivation gegen könne, um nicht den ganzen Tag grübelnd im Bett zu verbringen (S. 7 oben). 4.

E. 4

Abs. 1 IVG (in Verbindung mit Art.

E. 4.1

Den

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ bb / ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V

225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hin weisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

E. 4.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der

fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Rechtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit 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).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es 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. 4.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5. 5.1

Der Beschwerdeführer leidet an chronischen Rückenschmerzen. Nach Einschätzung der Ärzte des Y.____ ist er aus rheumatologischer Sicht für leichte wechselbelastende Tätigkeiten dennoch zu 100 % arbeitsfähig (vorstehend E. 3.1). Daneben ist er seit Januar 2005 in der Z.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die Ärzte und Psychologen der Z.____ nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit hypomanischen Episoden. Nach ihrer Einschätzung besteht aus psychiatrischer Sicht seit Jahren

eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vorstehend E. 3.4 und 3.7). Der RAD der Beschwerdegegnerin kam demgegenüber zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführer nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (E. 3.8 hiervor). 5.2

Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf das Einholen eines psychiatrischen Gutachtens. Stattdessen holte sie die Krankenakte des Beschwerdeführers bei der Z.____ ein. Dr. H.____

vom RAD stützte sich in der Stellungnahme vom 8. September 2017 auf Arztberichte der Z.____ und auf Notizen in der Krankenakte zu einzelnen therapeutischen Sitzungen des Beschwerdeführers (vorstehend E. 3.8).

Die Schlussfolgerungen

Dr. H.____s, wonach es sich einzig um ein mangelndes Interesse des Beschwerdeführers handeln solle und schon immer eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe (E. 3.8), finden

in den übrigen medizinischen Akten

keine

ausreichende Grundlage. Der Einschätzung Dr. H.____s stehen

insbesondere die Angaben der Fachleute der Z.____ entgegen, wonach der Beschwerdeführer seit Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung mit hypomanischen Episoden leidet. Die Stellungnahmen von Dr. H.____ beruhen nicht auf einer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers. Nachdem zur Hauptsache psychische Beschwerden zu beurteilen sind, erweist es sich zudem als Nachteil, dass der RAD-Arzt kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Seine Einschätzung vermag daher nicht zu überzeugen.

Im Bericht von

E.____

und Dr. F.____ vom 3. April 2017 wurde

eine depressive Symptomatik beschrieben (vorstehend E. 3.4). Die Angaben der Beschwerdeführerin zur

Indikatorenprüfung vom 11. September 2017, wonach namentlich keine funktionellen Einschränkungen bestünden (Urk. 7/27 S. 7 Mitte), decken sich daher ebenfalls nicht mit den Berichten der behandelnden Ärzte. Die Zitate Dr. H.____s zu einzelnen therapeutischen Sitzungen des Beschwerdeführers erscheinen

sodann eher aus dem Zusammenhang gerissen. Zwar erwähnten auch E.____ und Dr.

I.____ am 21. August 2017 eine etwas gebesserte Symptomatik (vorstehend E. 3.7). Dies lässt den Schluss auf eine volle Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aber nicht zu.

Die Einschätzung im Schreiben von E.____ und Dr.

I.____ vom 21. August 2017, wonach sich kaum ein Arbeitsplatz finden lasse, wenn mit wiederkehrenden depressiven Episoden und damit mit ständigen Arbeitsausfällen des Beschwerdeführers

gerechnet werden müsse (vorstehend E. 3.7), ist sodann

nicht von der Hand zu weisen.

Auf der anderen Seite kann auch nicht unbesehen auf die Berichte der Fachleute der Z.____ abgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist daher in psychiatrischer Hinsicht genauer abzuklären. In diesem Zusammenhang ist auch auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 253 E. 3b/cc). Dies gilt für einen

allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2006 E.

5.5).

Da die Einschätzung durch die Fachleute der Z. ___ und die Beurteilung durch den RAD -Arzt erheblich

voneinander abweichen, erweist sich eine psychiatrische Begutachtung als erforderlich. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zu rückzuweisen, damit sie eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers veranlasse. Anschliessend hat sie über einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und gegebenenfalls auf eine Rente erneut zu verfügen. Zudem ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer die Voraussetzungen nach Art. 6 Abs. 3 und Art. 36 Abs. 1 IVG erfüllt. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 185.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist der Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin mit Fr. 1'850.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. November 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'850.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

Gegen diese Entscheidung 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 1

5. 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Brugger

E. 8

ATSG) ergeben. Folglich begründet der Gesundheitsschaden für jede Leistungsart innerhalb der Eingliederungsmaßnahmen je einen eigenen Versicherungsfall (BGE 112 V 275; vgl. auch BGE 126 V 241 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts I 159/05 vom 16. März 2006 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

E. 13

ATSG) in der Schweiz haben und sofern sie bei Eintritt der Invalidität während mindestens eines vollen Jahres Beiträge geleistet oder sich ununterbrochen während zehn Jahren in der Schweiz aufgehalten haben. Für im Ausland wohnhafte Angehörige dieser Personen werden keine Leistungen gewährt (Abs. 2).

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