

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00298 vom 23. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00298

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00298 du 23 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00298 del 23 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, bei der B.____ AG als Vorarbeiter angestellt, meldete sich am 24. Oktober 2015 unter Hinweis auf diverse Krankheiten bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/13). Nachdem Frühinterventionsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung (vgl. Urk. 8/27) nicht erfolgreich verlaufen waren (vgl. Urk. 8/35), erkundigte sich die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nach dem Arbeitsverhältnis des Versicherten (Urk. 8/41), zog Akten des Krankentaggeldversicherers, darunter ein psychiatrisches Gutachten (Urk. 8/78), bei (Urk. 8/22 und 8/43) und holte bei den behandelnden Ärzten medizinische Berichte ein (Urk. 8/45, 8/51, 8/56, 8/68 und 8/70). Mit Vorbescheid vom 26. Juli 2017 kündigte sie an, einen Leistungsanspruch zu verneinen (Urk. 8/84) und forderte den Versicherten gleichentags auf, die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu intensivieren (Urk. 8/83).

Gegen den Vorbescheid erhob der Versicherte am 14. August 2017 (Urk. 8/85) und am 17. Oktober 2017 (Urk. 8/92) Einwände, worauf die IV-Stelle einen weiteren Arztbericht einholte (Urk. 8/99). Der Versicherte reichte einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters nach (Urk. 8/104). Mit Verfügung vom 6. März 2018 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 2 = Urk. 8/108).

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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben 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.

E. 1.2

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung

der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 6. März 2018 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 23. März 2018 Beschwerde mit dem Antrag auf Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Als Eventualantrag stellte er das Begehren um ergänzende Abklärungen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juni 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 13. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren abweisenden Entscheid (Urk. 2) im Wesentlichen damit, gestützt auf das vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebene Gutachten könne nicht von einer invalidisierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgegangen werden. Die im Gutachten aufgeführten Diagnosen gälten aus rechtlicher Sicht nicht als langandauernd und die Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. An dieser Einschätzung änderten die Berichte der behandelnden Ärzte nichts (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort (Urk. 7) machte sie geltend, bildgebend hätten keine relevanten strukturellen Schäden am Achsenskelett nachgewiesen werden können. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht vollständig arbeitsfähig (S. 1). In psychiatrischer Hinsicht sei auch nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den leichten bis mittelschweren Depressionen ein besonderes Augenmerk auf die Frage der Therapierbarkeit zu legen. Es sei dementsprechend Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb - trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung - im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultierten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (S. 3).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte gegen die Argumente der Beschwerdegegnerin zu sammengefasst ein (Urk. 1), auf das vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebene Gutachten könne aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden (S. 4 f. Ziff. 5). Die behandelnden Ärzte gingen allesamt von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch für leidensadaptierte Tätigkeiten aus und begründeten dies anhand von konkreten Funktionsstörungen sowie Funktionseinschränkungen (S. 7 Ziff. 10).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist und Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3. 3.1

Dr. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht zu Händen des Krankentaggeldversicherers vom 30. März 2015 (Urk. 8/22/3) ein lumbospondylogenes Syndrom (Ziff. 1). Vom 3. bis 20. März 2015 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden, seit 31. März 2015 sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig (Ziff. 4).

Am 10. Dezember 2015 (Urk. 8/43/7-8) berichtete Dr. C.____, der Beschwerdeführer sei vom 3. bis 10. März 2015 zu 100 %, vom 1. bis 22. April 2015 zu 50 % arbeitsunfähig und

ab 27. April 2015 vollständig arbeitsfähig gewesen. Vom 7. bis 20. September 2015 habe wieder eine 100%ige und vom 21. September bis 5. Dezember 2015 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bei einer Präsenz von 100 %

bestanden. Seit 6. Dezember 2015 arbeite er zu 100 % (S. 1 Ziff. 4). Er übe jetzt den ganzen Tag in der gleichen Firma eine leichte Tätigkeit aus, die er ohne weiteres durchführen könne (S. 2 Ziff. 8). 3. 2

Dr. D.____, Facharzt für Rheumatologie, stellte im am 15. Juni 2016 eingegangenen Bericht (Urk. 8/45) folgende Diagnose (S. Ziff. 1.1): - Lumbosakralgie /- Glutealgie beidseits mit/bei - diffuse r Ausstrahlung in die Beine, klinisch spondylogene beziehungsweise im Rahmen von Kettenmyotendinosen - MRI LWS (September 2015, vgl. Urk. 8/45/11) ohne relevante Degeneration und Neurokompression - vertebrogene r Schmerzkomponente interspinal (Prozess)

spinosi) und fazettogen - insuffiziente r Haltemuskulatur - körperliche r Schwerstarbeit als Unterlagsbodenleger, meist kniend

Da keine relevanten strukturellen Schäden am Achsenskelett hätten nachgewiesen werden können, sei die Prognose an sich günstig. Unter Berücksichtigung des beruflichen Belastungsprofils als Bodenleger in monoton gleichbleibender, ergonomisch ungünstiger Haltung und einer offenbar drohenden Kündigung bei länger dauernder Arbeitsunfähigkeit müsse die Prognose hinsichtlich Entwicklung einer chronischen Schmerzproblematik als eher ungünstig beurteilt werden (S. 8 Ziff. 1.4).

Er (Dr. D.____) habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, zum Zeitpunkt seiner Beurteilung habe eine von der Hausärztin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis Ende Oktober 2015 bestanden (S. 8 Ziff. 1.6). Zum Zeitpunkt seiner Untersuchung sei die vollständige Wiederaufnahme der Arbeit ab November 2015 geplant gewesen, ob sich dies habe umsetzen lassen, wisse er nicht, da er den Beschwerdeführer seit dem 20. Oktober 2015 nicht mehr in der Sprechstunde gesehen habe (S. 9 Ziff. 1.9).

Klinisch hätten vor allem muskuläre Befunde ohne bildgebend nachgewiesene relevante Degenerationen im Achsenskelett bestanden, so dass sich von dieser Seite her keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse. Dennoch sei die körperliche Schwerarbeit mit ständig ergonomisch ungünstiger Körperhaltung bei insuffizienter Haltemuskulatur ungünstig und eine berufliche Umstellung hilfreich (S. 10 Ziff. 1.11). 3. 3 3. 3 .1

Im Bericht des Zentrums E.____

vom 27. Juni 2016 (Urk. 7/51/6-8) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (F33.2) - lumbovertebrales Syndrom mit/bei - Ausstrahlung Beine beidseits - im Rahmen von Kettenmyogelosen (Dr. C.____, Dezember 2015)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Störung durch Tabak.

Der Beschwerdeführer könne nicht lange sitzen und stehen und maximal 60 Minuten Auto fahren, weshalb nur leichte Tätigkeiten in Frage kämen. Allerdings bestehe inzwischen eine deutliche Resignation und Depression mit Lust- und Antriebslosigkeit, weshalb eine

gerichtete Tätigkeit kaum mehr möglich sei. Auch der Durchhaltewille sei weitgehend nicht mehr vorhanden (S. 2). 3. 3 .2

Nach einer ambulanten Behandlung vom 27. Juni bis 29. Juli und vom 22. August bis 9. September 2016 wurden im Bericht vom 9. September 2016 (Urk. 8/56/7-12) die Diagnosen wiederholt, wobei die Ausprägung der depressiven Episode als mittel- bis schwergradig

angegeben wurde (S. 1). Der Beschwerdeführer erscheine äusserlich geordnet, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert. In der emotionellen Kontaktaufnahme sei er abwartend, gehemmt, sachlich und affektiv im Spontanverhalten. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv kontrolliert, bei Testungssituationen jedoch frustriert, gereizt und affektiv unkontrolliert. Im Gesprächsverlauf sei er eher passiv und bei Fragen schildere er sein Symptomerleben und -verhalten im Zusammenhang mit den zunehmenden Schmerzen. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis sei er verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine deutliche Vergesslichkeit, das Denken sei formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Es bestünden keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-Störungen). Anamnestisch seien deutliche Suizidgedanken/-wünsche vorhanden, ohne Suizidversuche und konkrete Ausführungspläne. Aktuell bestehe keine Suizidalität (S. 2).

Der Beschwerdeführer sei seit 7. März 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Er sei sehr behandlungsmotiviert und habe an allen Behandlungsterminen trotz grosser Erschöpfung und starker Schmerzsymptomatik regelmässig teilgenommen. 3. 3 .3

Im Bericht vom 14. September 2016 (Urk. 8/56/4-6) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit September 2015 unter einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik. Im bisherigen Therapieverlauf habe bis auf eine Schlafbesserung durch Psychopharmaka keine Reduktion der psychopathologischen Symptomatik erreicht werden können. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten. Die zunehmende Schmerzsymptomatik habe zur Entwicklung der depressiven Symptome wesentlich beigetragen und halte sie aufrecht. Eine Minderung der Schmerzsymptomatik scheine für eine Reduktion der psychopathologischen Symptome zentral zu sein (S. 2 Ziff. 3.3). 3. 3 .4

Laut Bericht vom 6. März 2017 (Urk. 8/70/4-5) habe trotz einer angeblichen Besserung des Zustandes in der stationären Behandlung (vgl. untenstehende E. 3.4) keine nachhaltige Besserung beobachtet werden können. Aktuell habe die Depression eher zugenommen (S. 1). 3. 3 .5

Am 18. September 2017 (Urk. 3/10) nahmen die behandelnden Ärzte und Therapeuten des E.____

zum Gutachten von Dr. F.____ (vgl. untenstehende E. 3.4) Stellung und erachteten dieses als nicht beweistauglich. 3. 3 .6

Am 22. Februar 2018 (Urk. 3/11) wurde berichtet, der Beschwerdeführer habe deutliche Suizidideen und sämtliche Lebensgeister seien erloscht. Er leide unter Atemnot, Appetitminderung, Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS), den Beinen und im rechten Arm. Eine Operation der Zunge stehe bevor. Er könne nur noch 30 Minuten spazieren, dann sei er erschöpft. 3. 4

Vom 2. Dezember 2016 bis 4. Januar 2017 war der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik G.____ hospitalisiert. Im Aus trittsbericht vom 6. Januar 2017 (Urk. 8/68) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40)

Auch im stationären Umfeld habe sich der Beschwerdeführer niedergeschlagen, antriebslos und zurückgezogen gezeigt. Wiederholt seien Krisen aufgetreten, in denen er sich nicht ausreichend von Suizidalität habe distanzieren können und die teils eine intensive Überwachung gefordert hätten. Diese Krisen seien jeweils an familiäre Belastungssituationen gebunden gewesen. Eine Tochter habe Drogenprobleme und sei aktuell ebenfalls hospitalisiert. Sie und eine weitere Tochter bezichtigten den Beschwerdeführer des sexuellen Missbrauchs. Im Verlauf habe sich die zur Aufnahme führende Symptomatik verbessert. Der Beschwerdeführer habe Ideen und Pläne entwickelt, und die Hoffnungslosigkeit habe sich zurück gebildet (S. 3).

Die zur Aufnahme führende Symptomatik sei am ehesten im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung in Verbindung mit einer Anpassungsstörung getriggert durch familiäre, finanzielle und gesundheitliche Probleme zu beurteilen (S. 3). 3. 5

Dr. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in dem vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegebenen Gutachten vom 27. April 2017 (Urk. 8/78) eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) mit Anpassungsstörung bei multipler familiärer Konfliktsituation (F43.2; S. 7 und S. 9). Ausweislich des AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befundes seien Stimmung und Antrieb reduziert. Vorrangig wirke der Beschwerdeführer stark angespannt, unruhig und aufgewühlt. Aufgrund der affektiven und vegetativen Beeinträchtigungen sei ein mittelgradig ausgeprägtes depressives Syndrom zu bestätigen. Eine erhebliche Konfliktsituation sowie daraus resultierende polizeiliche Ermittlungen seien als Belastungsfaktor herauszuarbeiten, so dass zusätzlich die Diagnose einer Belastungsstörung zu stellen sei. Die Effekte von psychosozialen Belastungen und der depressiven Episode überlagerten sich. Insgesamt sei jedoch eine auf 50 % herabgesunkene Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Episode hinreichend schlüssig begründet (S. 8).

Die Prognose depressiver Syndrome sei günstig. Mit Hilfe einer Therapieintensivierung und leitliniengerechter Therapieführung sei mit dem Wiedererlangen einer 100%igen Arbeitsfähigkeit spätestens per Ende Juni 2017 zu rechnen (S. 8).

Insgesamt sei eine auf 50 % herabgesunkene Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Episode hinreichend schlüssig begründet.

Die vorliegenden psychischen Störungen wirkten sich in jeder Tätigkeit zumindest gleichrangig negativ aus (S. 10). 3. 6

Dr. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 15. Januar 2018 (Urk. 3/13) eine depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades (F32.1, F32.2) sowie eine Anpassungsstörung (F43.25; S. 1). Beide Störungen tangierten die Arbeitsfähigkeit und ihr komorbides Auftreten erhöhe deren Folgen. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit betrage etwa 60 %.

Der Beschwerdeführer sei allseits orientiert, der Gedankengang sei leicht beschleunigt, es bestünden deutliche Perseverationen und keine Anhaltspunkte für schwere Ich-Störungen

oder Sinnestäuschungen. Inhaltlich sei er auf die aktuelle Familiensituation eingeeengt, die offenbar mit höchster Dramatik stattfindet: Beide Töchter hätten ihn des wiederholten sexuellen Missbrauchs sowie des gewalttätigen Verhaltens zu Hause bezichtigt, was zu einer U-Haft geführt habe. Der Prozess sei noch hängig. Es lägen mehrere, offensichtlich narzisstische Kränkungen vor. Anamnestisch gebe es Anhaltspunkte für eine Störung der Impulskontrolle, die abklärungsbedürftig sei. Eine neuropsychologische Abklärung sei vorgesehen. Es könnte als Grundmorbus eine Persönlichkeitsstörung vorliegen. Der Affekt sei labil und gereizt, bald klagsam, bald vorlaut und bedrohlich wirken. Der Antrieb folge dem Affekt. Drohungen seien häufig zu hören, teils gegen sich selbst im Sinne von suizidalen Ideen, teils nach aussen gewendet im Sinne von «ich werde mich einmal rächen», wobei er damit die ganze Gesellschaft mit ihren Gesetzen und alle, die gegen ihn gewesen seien, meine. Insgesamt spüre man eine erhebliche aggressive Energie in der Tiefe brodeln, die er offensichtlich nicht zu bändigen vermöge. 4. 4.1

Aufgrund der medizinischen Aktenlage kann davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht an einer Lumbosakralgie beidseits leidet, wobei keine relevanten strukturellen Schäden am Achsenskelett nachgewiesen werden konnten. Dr. D.____ (E. 3.2) war zwar der Ansicht, dass sich aufgrund der Befunde keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse, erachtete indessen die Tätigkeit als Bodenleger, die ständig in ergonomisch ungünstiger Körperhaltung auszuführen ist, bei insuffizienter Haltemuskulatur als ungünstig und eine berufliche Umstellung als hilfreich. Auch die Hausärztin Dr. C.____ (E. 3.1) berichtete, dass der Beschwerdeführer eine leichte Tätigkeit ohne weiteres ausführen könne. 4.2

Aus psychiatrischer Sicht wurde in den Berichten über eine rezidivierende depressive Störung in unterschiedlicher Ausprägung sowie über eine Anpassungsstörung (bei familiären Konflikten) berichtet. Die behandelnden Ärzte des E.____

(E. 3.3) attestierten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit September 2015, die Ärzte der G.____ (E. 3.4) äusserten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit, und Dr. H.____ (E. 3.6) attestierte eine aktuelle Arbeitsfähigkeit im Januar 2018 von ungefähr 60%. Der psychiatrische Gutachter attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 50% beziehungsweise 4.5 Stunden pro Tag bei einem Rendement von 100% und stellte unter intensivierter Therapie und leitliniengerechter Therapieführung die Wiedererlangung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb kurzer Zeit in Aussicht. 4.3

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 rein tenbegründenden 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). 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). 4. 4

Zwar nannten sowohl die Ärzte der G.____ (E. 3.4) und Dr. H.____ (E. 3.6) als auch der psychiatrische Gutachter (E. 3.5) beim Beschwerdeführer vorliegende psychosoziale und damit invaliditätsfremde Faktoren. Diese schliessen indessen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens nicht per se aus. Einzig wo im Wesentlichen nur Befunde zu erheben sind, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben. Beim Beschwerdeführer überlagern sich gemäss Dr. F.____ (E. 3.5) die Effekte von psychosozialen Belastungen und der depressiven Episode, insgesamt aber erachtete er die Arbeitsfähigkeit aufgrund der depressiven Episode – zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung –

als auf 50 % herabgesunken. Mithin führte er die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung nicht auf psychosoziale Faktoren zurück, sondern auf die von ihm festgestellte depressive Episode mittleren Grades. Insoweit er eine Besserung in Aussicht stellte, handelte es sich dabei lediglich um eine Prognose. Ob sich diese erfüllte, bleibt angesichts der Einschätzung durch Dr. H.____ (E. 3.6) eher fraglich.

Angesichts der von den psychiatrischen Fachärzten diagnostizierten depressiven Störung unterschiedlicher Ausprägung ist das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen zwingend anhand des strukturierten Beweisverfahrens zu ermitteln (vgl. vorstehende E. 4.3). Da die zur Verfügung stehenden medizinischen Akten allerdings keine Aussagen zu den massgeblichen Indikatoren enthalten und diese aus Aussagen in den Berichten auch nicht hergeleitet werden können, ist die Sache zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sinnvollerweise wird die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer psychiatrisch begutachten lassen und dabei die begutachtende Person mit der Bemessung des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers anhand der einschlägigen Indikatoren beauftragen.

Demzufolge ist die Beschwerde gutzuheissen. 5 . 5 . 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von

IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200 bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5 . 2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Ausgangsgemäss hat der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche nach Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und eines gerichtsblichen Stundenansatzes von Fr. 185.-- zuzüglich Mehrwertsteuer für durch eine Rechtsschutzversicherung Vertretene auf Fr. 1'200.-- inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer festzusetzen ist. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 6. März 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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
Tiefenbacher

E. 7

Abs. 2 ATSG).

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