

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00245 vom 19. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00245

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00245 du 19 mars 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00245 del 19 marzo 2013

Erwägungen

E. 1

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).

1.2. Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

1.3. 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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

2. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass keine relevante längerfristige, dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründet sei. Dem Beschwerdeführer sei eine Willensanstrengung zur Überwindung der im Subjektiven verbleibenden Defizite zumutbar. Somit lägen keine Ansprüche auf berufliche Massnahmen oder Rentenleistung vor (S. 1 unten).

2.2 Â Â Â Â Der Beschwerdeführer äusserte verschiedene Kritikpunkte in Bezug auf die medizinische Abklärung (Urk. 1). Im Wesentlichen brachte er vor, dass einzig Dr. Z. ___ vom RAD eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert habe. Auf den Untersuchungsbericht von Dr. Z. ___ könne indes wegen mangelnder Unabhängigkeit sowie Unvollständigkeit nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 2 f.). Der Bericht erfülle die vom Bundesgericht festgelegten Anforderungen keineswegs (Urk. 1 S. 2 unten). Insbesondere sei im genannten Bericht weder berücksichtigt worden, dass der Beschwerdeführer als Teenager von einem Mann mehrere Male vergewaltigt worden sei noch der Umstand, dass er unter seinem tyrannischen und alkoholkranken Vater sehr gelitten habe, der ihn für jede Kleinigkeit geschlagen habe. Weil die Tochter während der Befragung als Dolmetscherin gedient habe, habe er nicht offen über sämtliche Beschwerden sprechen können (S. 2 unten bis S. 3 oben). Aufgrund der Berichte des Zentrums A. ___, der Beurteilungen durch die Ärzte der Q. ___-Klinik und der Fachpersonen der B. ___ AG sei vielmehr davon auszugehen, dass er psychisch stark angeschlagen sei, weshalb er eine Dreiviertelsrente beantrage (S. 2 Mitte).

2.3 Â Â Â Â Strittig ist somit, ob beim Beschwerdeführer - versicherungsrelevante - Gesundheitsbeeinträchtigungen bestehen und ob diese gegebenenfalls zu einem Leistungsanspruch führen.

E. 3

3.1 Â Â Â Â Dem Entscheid der Beschwerdegegnerin lagen folgende medizinische Berichte zu Grunde:

3.2 Â Â Â Â Am 12. Januar 2011 erstatteten Dr. med. C. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, sowie Prof. Dr. med. D. ___, Facharzt für Neurologie FMH, Q. ___ ein psychiatrisches Gutachten im Auftrag der F. ___ Krankenversicherung AG, Abteilung Taggeld (Urk. 8/16/6-24). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Depression, Sorge, Anspannung, Ärger; ICD-10: F43.23) sowie den Verdacht auf Beeinträchtigung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkung (ICD-10: F19.00; S. 12 Ziff. 4) und hielten fest, dass nach einem Zeitraum von vier Wochen ab Gutachtenerstellung die Arbeit mit einem Pensum von 100 % wieder aufgenommen werden könne (S. 17 unten).

3.3 Â Â Â Â Am 26. Januar 2011 erstatteten die Fachpersonen des Zentrums A. ___ einen Arztbericht (Urk. 8/13/1-4) und nannten als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) seit November 2009 und attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 f.). Dabei wurde

ausgefÄ¼hrt, dass der BeschwerdefÄ¼hrer seit den Konflikten am Arbeitsplatz im Herbst 2009 und der ausgesprochenen KÄ¼ndigung vorwiegend zunehmende depressive Reaktionen zeige. Aus medizinischer Sicht sei die bisherige TÄ¼tigkeit nicht mehr zumutbar. Ein Arbeitsversuch in einer behinderungsangepassten TÄ¼tigkeit wÄ¼re aber per sofort mÄ¼glich und denkbar (ca. vier Stunden Belastung pro Tag), jedoch ohne GewÄ¼hr fÄ¼r den Ausgang (S. 3).

3.4Ä¼Ä¼Ä¼ Im Bericht vom 27. Januar 2011 (Urk. 8/19/7-10) nannte der den BeschwerdefÄ¼hrer seit 1994 behandelnde Dr. med. E.____, Arzt fÄ¼r Allgemeine Medizin FMH, als Diagnosen eine anhaltende mittelschwere depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation, eine arterielle Hypertonie sowie ein Cervikalsyndrom (Ziff. 1.1) und attestierte dem BeschwerdefÄ¼hrer ab 26. November 2009 bis auf weiteres eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit (Ziff. 1.6). In nÄ¼chster Zeit sei wohl kaum mit einer bedeutenden Verbesserung zu rechnen (Ziff. 1.4) und eine Wiederaufnahme der beruflichen TÄ¼tigkeit sei vorlÄ¼ufig nicht mÄ¼glich (Ziff. 1.9).

3.5Ä¼Ä¼Ä¼ Die Ä¼rzte der B.____ AG, Privatklinik fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, welche den BeschwerdefÄ¼hrer wÄ¼hrend der stationÄ¼ren Hospitalisation vom 10. Juni bis 22. Juli 2010 sowie vom 22. Februar bis 11. April 2011 behandelten, berichteten letztmals am 28. April 2011 Ä¼ber den Gesundheitszustand des BeschwerdefÄ¼hrers (Urk. 8/27-28). Sie diagnostizierten eine rezidivierende depressive Erkrankung mit gegenwÄ¼rtiger schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2; Urk. 8/27 Ziff. 1.1) und attestierten ihm eine ArbeitsunfÄ¼higkeit von 50 % (Urk. 8/27 Ziff. 1.6). Eine behinderungsangepasste TÄ¼tigkeit von vier bis sechs Stunden pro Tag sei ab sofort mÄ¼glich. Eine vollstÄ¼ndige Remission der Symptomatik sei vom derzeitigen Standpunkt sehr unwahrscheinlich. Der BeschwerdefÄ¼hrer leide sehr unter der KrÄ¼nkung, die Funktion als mÄ¼nnlicher Versorger der Familie - aus einer empfundenen Ungerechtigkeit heraus - verloren zu haben. Dennoch kÄ¼nne bei erfolgreicher Wiedereingliederung in eine Sinn gebende BeschÄ¼ftigung eine teilweise Remission erreicht werden (Ziff. 1.4).

3.6Ä¼Ä¼Ä¼ Die IV-Stelle bot den BeschwerdefÄ¼hrer fÄ¼r den 12. September 2011 zu einer Plausibilisierungsuntersuchung im RAD auf. Am 15. September 2011 erstattete Dr. med. Z.____, Facharzt fÄ¼r Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Neurologie FMH, RAD, in Kenntnis der Aktenlage und gestÄ¼tzt auf die eigene Untersuchung des BeschwerdefÄ¼hrers vom 12. September 2011 einen psychiatrischen Untersuchungsbericht (Urk. 8/34). Nebst dem BeschwerdefÄ¼hrer waren wÄ¼hrend der RAD-Untersuchung seine Tochter und ein professioneller Dolmetscher fÄ¼r serbokroatische Sprache anwesend (S. 1 oben). Als Diagnose nannte Dr. Z.____ eine AnpassungsstÄ¼rung mit Ä¼berwiegend depressiv Ä¼ngstlicher Symptomatik (ICD-10: F43.22) sowie als Differentialdiagnose eine leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation und befand den BeschwerdefÄ¼hrer fÄ¼r 100%ig arbeitsfÄ¼hig (S. 6 Ziff. 11).

In seinem Bericht fÄ¼hrte er aus, dass der BeschwerdefÄ¼hrer seit der ausgesprochenen KÄ¼ndigung der Arbeitsstelle im November 2009 ein depressives Zustandsbild aufzeige, das rein auf Problemen im psychosozialen Kontext entstanden sei und bis heute auch dadurch unterhalten werde, ein primÄ¼res psychisches Leiden aber nicht vorliege. Die reaktive psychische StÄ¼rung habe die ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers in schwankendem Ausmass seit der KÄ¼ndigung der Arbeitsstelle beeinflusst. Aufgrund des

längerfristigen Verlaufs seit November 2009 und der Gefahr der Entwicklung einer anhaltenden depressiven Störung werde dringend empfohlen, den Beschwerdeführer wieder schrittweise ins Berufsleben einzugliedern und die Wiedereingliederung versicherungsmedizinisch zu begleiten (S. 6 Ziff. 10). Der durch das Zentrum A. ___ attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit könne nicht gefolgt werden. Die bisherige Tätigkeit und Tätigkeiten mit vergleichbaren Anforderungsprofilen seien dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich zumutbar (S. 6 Ziff. 11 unten).

Die durch das Zentrum A. ___ genannte Diagnose einer schweren depressiven Episode nach den ICD-10 Kriterien könne während der heutigen Untersuchung weder anamnestisch noch durch objektivierbare Untersuchungskriterien nachvollzogen werden. Zudem sei auch die psychotherapeutische Behandlung wegen der eingeschränkten Sprachverständigung des Beschwerdeführers (gemäss eigenen Angaben verstehe er den Psychotherapeuten nur zu ca. 50 %) zu hinterfragen und scheine seiner Ansicht nach in diesem Zusammenhang bis auf Psychopharmakotherapie wenig sinnvoll zu sein (S. 6 Ziff. 10 Mitte).

3.7. Am 10. Oktober 2011 erstatteten Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Prof. Dr. med. D. ___, Facharzt für Neurologie FMH, Q. ___ ein weiteres psychiatrisches Gutachten im Auftrag der F. ___ (Urk. 8/39). Als Diagnose nannten sie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0-F32.1; S. 6 unten) und attestierten dem Beschwerdeführer eine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 12 unten). Dabei stützten sie sich auf die ihnen überlassenen Akten und ihre am 9. September 2011 durchgeführte psychiatrische Exploration (S. 1 unten).

In ihrer Beurteilung führten Dr. G. ___ und Dr. D. ___ unter anderem aus, dass sich beim Beschwerdeführer ein depressives und somatoformes Zustandsbild nach Verlust seiner Arbeit mit massivem subjektivem Leiden finde, ohne dass dem ein entsprechendes deutlich objektives Korrelat gegenüberstehe. Der Beschwerdeführer klage über Schmerzen am ganzen Körper, depressive Stimmung mit Suizidgedanken, Müdigkeit, Schlafstörungen, Störung von Konzentration und Gedächtnis, sozialen Rückzug, Resignation, könne aber der Untersuchung ohne zu erwidern aufmerksam folgen. Hinweise für grobes simulatorisches Verhalten gebe es aber nicht. Weil hinsichtlich einzelner Symptome in den Bereichen Aufmerksamkeit und Konzentration Zweifel beständen und Verdeutlichungstendenzen anzunehmen seien, könne die diagnostische Entscheidung zwischen einer leichten und einer mittelgradigen depressiven Episode nicht eindeutig beurteilt werden (S. 8).

Weiter führten sie aus, dass die bisherige Tätigkeit zurzeit nicht möglich sei (S. 11), leichte körperliche Tätigkeiten hingegen schon (S. 10). Arbeiten mit besonderer Verantwortung, unter Zeitdruck, mit ständigem Publikumsverkehr seien aber zu vermeiden. Das Heben und Tragen von schweren Lasten sei wegen der geklagten Schmerzsymptomatik wahrscheinlich nicht möglich. Zudem solle die Tätigkeit einen Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen ermöglichen (S. 10 unten). Die Wiederaufnahme der Arbeit solle mit einer angepassten Tätigkeit mit 50 % beginnen (S. 11 oben). Eine mögliche Steigerung des Arbeitspensums lasse sich erst anhand des weiteren Verlaufs beurteilen (S. 12 Mitte). Bei konsequenter Therapie beständen aber durchaus weiterhin Heilungschancen, obwohl sich der Beschwerdeführer mit zunehmender Dauer des derzeitigen Zustandes in seiner regressiven Position verschanze (S. 12).

4.1.1.1

4.1.1.1.1

4.1.1.1.1.1 Aus den vorhandenen Akten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer rund elf Jahre für die Y. ___ AG gearbeitet hat (Urk. 8/20) und nach ausgesprochener Kündigung am 26. November 2011 aus psychischen Gründen krankgeschrieben wurde. Dr. Z. ___ vom RAD nannte in seinem Untersuchungsbericht vom 15. September 2011 als Diagnose eine Anpassungsstörung mit überwiegend depressiv-ängstlicher Symptomatik (ICD-10: F43.22) sowie als Differentialdiagnose eine leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation und konnte keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht feststellen (vgl. vorstehend E. 3.6). Dr. C. ___ und Dr. D. ___ diagnostizierten in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 2. Dezember 2010 ebenfalls eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Depression, Sorge, Anspannung, Ärger; ICD-10: F43.23) sowie den Verdacht auf Beeinträchtigung aufgrund unerwünschter Arzneimittelwirkung (ICD-10: F19.00), und hielten fest, dass nach einem Zeitraum von vier Wochen ab Gutachtenerstellung die Arbeit mit einem Pensum von 100 % wieder aufgenommen werden könne (vorstehend E. 3.2).

Die Ärzte der B. ___ AG, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierten hingegen eine rezidivierende depressive Erkrankung mit gegenwärtiger schwerer depressiver Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit von vier bis sechs Stunden pro Tag sei ab sofort möglich. Eine vollständige Remission der Symptomatik sei vom derzeitigen Standpunkt sehr unwahrscheinlich (E. 3.5). Zum gleichen Schluss hinsichtlich der aktuellen Arbeitsfähigkeit gelangten Dr. G. ___ und Dr. D. ___, Q. ___, in ihrem psychiatrischen Gutachten vom 10. Oktober 2011, diagnostizierten jedoch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0-F32.1, vgl. vorstehend E. 3.7).

Dagegen diagnostizierten die Fachpersonen des Zentrums A. ___ eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) seit November 2009 und erachteten den Beschwerdeführer als 100 % arbeitsunfähig (vorstehend E. 3.3). Auch sein Hausarzt nannte als Diagnose eine anhaltende mittelschwere depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation, eine arterielle Hypertonie sowie ein Cervikalsyndrom und attestierte dem Beschwerdeführer bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 3.4).

4.1.1.1.2 Die Würdigung der aktenkundigen medizinischen Berichte ergibt, dass der psychiatrische Untersuchungsbericht von Dr. Z. ___ vom RAD vom 15. September 2011 (Urk. 8/34, vgl. vorstehend E. 3.6) für die Beantwortung der streitigen Belange umfassend ist und auf den erforderlichen Untersuchungen beruht, welche - nachdem sich der Beschwerdeführer gemäss Vorakten als der deutschen Sprache nur beschränkt mächtig erwiesen hatte - unter Beizug eines Dolmetschers durchgeführt wurde. Sodann berücksichtigt das Gutachten eingehend die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers (Ziff. 3) und setzt sich damit auch auseinander (S. 5 Ziff. 10). Der Bericht wurde auch in Kenntnis der Vorakten und in Auseinandersetzung mit denselben erstattet. Insbesondere setzte sich Dr. Z. ___ mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. C. ___ (und Dr. D. ___) auseinander und äusserte sich zudem in kritischer Weise zur von

den FachÄrzten des Zentrums A.____ attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/34 S. 1 oben, S. 5 Ziff. 10 sowie S. 6 Ziff. 11). Der Bericht leuchtet schliesslich in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein, und die vom Gutachter gezogenen Schlussfolgerungen werden nachvollziehbar begründet. So werden im Bericht die möglichen Diagnosen diskutiert und darin enthaltene Unsicherheiten benannt. Der psychiatrische Untersuchungsbericht von Dr. Z.____ erfüllt somit die Anforderungen an den Beweiswert einer praxisgemässen Expertise (vorstehend E. 1.3), so dass darauf grundsätzlich abzustellen ist.

4.1.3Ä In Bezug auf die Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) seit November 2009 durch die Fachpersonen des Zentrums A.____ im Januar 2011 (vorstehend E. 3.3, vgl. auch Urk. 8/6 und Urk. 8/32) ist dagegen festzuhalten, dass sich diese primär auf die Angaben des Beschwerdeführers stützten und lediglich diskrete Befunde schildern konnten. Obwohl es laut ihren Angaben sofort möglich und denkbar wäre, einen Versuch einer behinderungsangepassten Tätigkeit von ca. vier Stunden pro Tag zu starten (vgl. Urk. 8/13/1-4 Ziff. 1.7 sowie Ziff. 3), wurde dem Beschwerdeführer ohne Darlegung der Gründe und der medizinischen Zusammenhänge weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nicht nachvollziehbar erscheint und somit die von Dr. Z.____ getroffene Einschätzung nicht zu entkräften vermag.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä So bemängelte auch Dr. C.____ einen früheren Bericht des Zentrums A.____ vom 1. Dezember 2010 und hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Dezember 2010 gegenüber der F.____ Krankenversicherung AG, Abteilung Taggeld, unter anderem fest, dass sich der psychische Befund im Bericht des Zentrums A.____ (Urk. 8/6/1-7) nicht an standardisierten Klassifikationsschemata orientiere, in sich widersprüchlich sei und somit keine Vergleichsmöglichkeiten biete. Im übersandten Bericht würden auch keine Funktionsdefizite beschrieben, durch die die Arbeitsfähigkeit konkret beeinträchtigt sei (Urk. 8/16/26-31 S. 5 f.).

4.1.4Ä Auch der Bericht von Dr. E.____ vermag die Schlussfolgerungen von Dr. Z.____ nicht in Zweifel zu ziehen. Dabei ist festzuhalten, dass er als Arzt für Allgemeine Medizin FMH nicht über die notwendigen fachlichen Voraussetzungen für eine entsprechende Diagnosestellung verfügt, weshalb er in seinem Bericht vom 27. Januar 2011 auch mehrmals auf Fachpersonen verwies (Urk. 8/19/7 Ziff. 1.4 und Ziff. 1.9). Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzte der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

4.1.5Ä Auch die übrigen vorliegenden fachärztlichen Beurteilungen von Dr. G.____ und Dr. D.____, Q.____ sowie der B.____ AG, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, gemäss welchen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lediglich 50 % betrage, vermögen den Untersuchungsbericht von Dr. Z.____ nicht in Zweifel zu ziehen.

Dr. G.____ und Dr. D.____ setzten sich vertieft mit der psychischen Komponente auseinander (E. 3.7). In ihrem psychiatrischen Gutachten diagnostizierten sie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.0 - F 32.1) mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Gemäss ihrer Einschätzung lasse

sich eine mögliche Steigerung erst anhand des weiteren Verlaufs beurteilen. Bemerkenswerterweise hielten sie in ihrem Gutachten zudem fest, dass bei konsequenter Therapie durchaus weiterhin Heilungschancen beständen (Urk. 8/39 S. 12 Ziff. 3). Ihre Beurteilung schliesst somit die von Dr. Z. ___ festgehaltene 100%ige Arbeitsfähigkeit nicht grundsätzlich aus.

In den Berichten der B. ___ AG, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde eine rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) sowie eine essentielle Hypertonie diagnostiziert (E. 3.5). Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer bei Austritt aus der Klinik eine mindestens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nöhere Ausführungen in Bezug auf die Art, die Anzahl und den ausgeprägten Schweregrad einzelner Symptome, welche die ICD-Leitlinien für die Annahme einer schweren depressiven Episode verlangen (vgl. Urk. 8/27 und Urk. 8/28), fehlen jedoch.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausserdem bleibt in den Berichten der B. ___ AG sowie der Fachärzte der Q. ___ mangels ausdrücklicher Differenzierung unklar, inwiefern in ihrer Beurteilung betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auch psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren und damit versicherungsrechtlich nicht relevante Faktoren mit eingeflossen sind, weshalb die von den genannten Ärzten attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit nicht aussagekräftig erscheint.

4.1.6 Ä Ä Die vom Beschwerdeführer gegen den Bericht von Dr. Z. ___ vorgetragene Einwände vermögen allesamt nicht zu überzeugen: Soweit er auf belastende Ereignisse in seiner Jugendzeit verweist ist festzuhalten, dass in den psychiatrischen Berichten keine Anhaltspunkte dafür zu entnehmen sind, dass und aus welchen Gründen sich diese jetzt nach Jahrzehnten auszuwirken beginnen. Dass er sodann wegen der Anwesenheit seiner als Dolmetscherin wirkenden Tochter keine detaillierten Ausführungen machen können, erweist sich sodann insofern als aktenwidrig, als Dr. Z. ___ einen (externen, professionellen) Dolmetscher beizog und die Anwesenheit der Tochter nicht erforderlich war.

4.1.7 Ä Ä Zusammenfassend ist gestützt auf den Untersuchungsbericht von Dr. Z. ___ vom 15. September 2011 (Urk. 8/34) von einer Anpassungsstörung mit überwiegend depressiv ängstlicher Symptomatik (ICD-10: F43.22) und als Differentialdiagnose von einer leichten bis allenfalls mittelgradigen depressiven Episode bei psychosozialer Belastungssituation auszugehen, welche keine Arbeitsunfähigkeit begründet (S. 6 Ziff. 11). Die übrigen medizinischen Einschätzungen vermögen auch nicht leichte Zweifel an der Beweiskraft dieser Einschätzung zu erwecken (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_838/2012 vom 26. November 2012 E. 2.2.1 sowie 8C_199/2011 vom 9. August 2011 E. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anzuführen bleibt, dass die exakte Benennung der Diagnose ohnehin von beschränkter Bedeutung ist, ist doch einzig von Relevanz, wie sich eine - wie auch immer geartete gesundheitliche Beeinträchtigung - auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Zur versicherungsrechtlichen Relevanz der vorliegend in Frage stehenden Beeinträchtigung bleibt auf das Folgende zu verweisen:

4.2 Ä Ä Ä

Anhaltspunkte für einen primären Krankheitsgewinn zu entnehmen sind. Schliesslich ist auch das Kriterium unbefriedigender Behandlungsergebnisse nicht erfüllt, zumal sich der Zustand des Beschwerdeführers nach sechswöchiger Hospitalisation in der B.____ AG, Klinik für Psychiatrie und Psychologie, so weit verbessert hatte, dass er auf eigenen Wunsch aufgrund priorisierter Urlaubsplanung aus der Klinik austrat (Urk. 8/1/2-4 Ziff. 6).

Damit ist eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit der Überwindbarkeit klarerweise zu verneinen, womit keine Invalidität im Rechtssinne besteht, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend erkannt hat (vgl. Urk. 8/34).

4.2.3 Zum gleichen Schluss gelangte man auch, ginge man von Dr. Z.____ Differentialdiagnose (und der Hauptdiagnose der übrigen Ärzte) einer leichten bis mittleren depressiven Episode aus. Denn auch bei dieser psychischen Störung handelt es sich definitionsgemäss um ein lediglich vorübergehendes Leiden (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 510/06 vom 26. Januar 2007 E. 6.3), das grundsätzlich nicht invalidisierend ist. Im Verbund mit der Dominanz psychosozialer Probleme, wie sie im Bericht von Dr. Z.____ klar ausgewiesen sind, reichte auch die von Dr. Z.____ diagnostizierte leichte bis mittelgradige depressive Episode bei psychosozialer Belastungssituation nicht aus, um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu bewirken (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 138/06 vom 21. Dezember 2006 E. 4.2).

4.3 Vor diesem Hintergrund kann die Frage der Invaliditätsbemessung offen gelassen werden.

4.4 Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem 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:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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 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).

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