

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01073 vom 28. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.01073

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01073 du 28 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.01073 del 28 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

Der 1967 im Y.____

geborene X.____, Vater von zwei

Kinder n

(Jahrgang 2003 und 2004), reis t e im Herbst 1998 mit seiner Ehefrau

als Asyl suchender in die Schweiz ein, wo er rund drei Jahre später vorläufig aufgenommen wurde (Be wil ligung F; Urk.

8/3/1). Nachdem er von November 2007 bis zur per Ende A u gust 2008 aus betrieblichen Gründen ausgesprochenen Kündigung mit einem Pensum von 40

% als Kebab-Verkäufer erwerbstätig gewesen war (Urk.

8/12), meldete sich der Ver sicherte a m 29.

Januar 2010 wegen Muskelprobleme n und Depression en, bestehend seit dem Jahr 2007, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk.

8/2). In der Folge klärte d ie Sozialversicherungsanstalt des Kan tons Zürich, IV-Stelle, die medizinische n und erwerblich-beruflichen Ver hältnisse ab, wobei sie unter anderem das polydisziplinäre Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Z.____ vom 4. Januar 2011 ein holte (Urk. 8/21). So dann erteilte sie im Rahmen einer Integrationsmassnah me

Ko s tengutsprache (Urk. 8/39) für ein vom 5. De zember 2011 bis 2. März 2012 da u erndes Belastbarkeitstraining in der Stiftung A.____ i n B.____, welches jedoch

am 13. Januar 201

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 2

mangels Erreichung der Zwischenziele abgebrochen wurde (Urk. 8/46, Urk. 8/48).

Mit Verfügung vom

E. 2.1

Prozessthema bildet der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Unbestritten (Urk. 1 S. 9, Urk. 2 S. 1) und durch die medizinischen Akten dokumentiert ist, dass somatischerseits keine massgebende Einschränkung des beruflichen Leistungsvermögens vorliegt. Diesbezüglich kann insbesondere auf das von Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS Z.____

verfasste

Teilgutachten

vom 14. September 2010 (Urk. 8/21/41-45)

sowie auf die Berichte von Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 17. Mai 2006 und 1. Juli 2008 (Urk. 8/13/12-15), von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, vom 25. November 2009 (Urk. 8/13/10-11) und von Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. April 2010 (Urk. 8/13/5-7) verwiesen werden.

E. 2.2

2

Ein erster Hinweis auf

das Vorliegen einer psychischen

Problematik findet sich in den Akten im Bericht von Dr. D.____

vom 1. Juli 2008 (Urk. 8/13/14-15). Der Rheumatologe, welcher den Beschwerdeführer auf hausärztliche Zuweisung

hin am 17. Mai 2006 (vgl. Bericht gleichen Datums [Urk. 8/13/12-13]) und 30. Juni 2008 wegen rechtsbetonten Schulter-, Arm- und Ellbogenbeschwerden sowie Nackenschmerzen konsiliarisch untersucht hatte, äusserte darin die Verdachtsdiagnose einer reaktiv-depressiven Stimmungslage bei psychosozialer Überlastungssituation mit somatoformer Schmerzkomponente und Tendenz zur generalisierten Tendomyopathie, nachdem die jüngsten bildgebenden Untersuchungen der Schultern, des rechten Ellbogens und der HWS im Wesentlichen Normalbefunde gezeigt hatten. Mit dem Hinweis darauf, bereits die im Jahr 2006 initiierten Massnahmen (Infiltrationen, Physiotherapie, NSAR)

seien ohne nennenswerten Erfolg geblieben, erklärte Dr. D.____, er verzichte nun bewusst auf eine erneute Behandlung mit konventionell-rheumatologischen Therapien und erachte die schwierige psychosoziale Situation als hauptsächlich für das Ausmass der Beschwerden. Da der Beschwerdeführer praktisch keine Unterstützung durch die erkrankte Ehefrau erfahre, führe er nebst der strengen Arbeit am Kebab-Stand weitgehend den Haushalt und schaue auch nachts zu den beiden Kindern, wovon das jüngere nie durchschlafe. Dr. D.____ empfahl, in erster Linie die nächtliche Entspannung und den Tag-Nacht-Rhythmus des müden und erschöpften Beschwerdeführers zu verbessern, allenfalls unter Verabreichung entsprechender Medikation.

E. 2.2.1

Uneins sind sich die Parteien hingegen bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

E. 2.2.3

In der Folge wurde der Beschwerdeführer auf Veranlassung des Hausarztes im November und Dezember 2008 vier mal in der G.____

untersucht. Die Oberärztin med. pract. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 9. Dezember 2008 (Urk. 8/13/8-9) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2 1) und eine

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Sie notierte, der im Y.____ in leitender Stellung in einer Sonnenblumenölfabrik tätig gewesene und im Jahr 1998 zusammen mit seiner Ehefrau aus politischen Gründen als I.____ Asylsuchender in die Schweiz eingereiste Beschwerdeführer fühle sich im Alltag sehr belastet, da er wegen der Erkrankung der Ehefrau (Status nach funikulärer

Myelose, Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung, chronische Anpassungsstörung) neben seiner 40 %-Anstellung an einem Kebab-Stand die meiste Haushaltsarbeit verrichten und in der Nacht zur Betreuung seines dreijährigen Sohnes zwei- bis dreimal aufstehen müsse. Med. pract. H.____

befundete, bis auf eine deprimierte Stimmungslage, eine ausgeprägte Müdigkeit und eine eingeschränkte Schlafqualität bestünden keine Anhaltspunkte für psychiatrische Auffälligkeiten. Im Gespräch mit dem Beschwerdeführer seien die neben Nacken- und Rückenschmerzen geklagten

Konzentrationsstörungen

kaum feststellbar gewesen. Es seien häufig Schuldzuweisungen an die Schweizer Behörden gefallen, die wegen organisatorischer Verzögerungen im Zusammenhang mit der Aufenthaltsbewilligung für die Zunahme der körperlichen Beschwerden des Ehepaares

verantwortlich seien. In der Beurteilung hielt die Oberärztin fest, die erhobenen Diagnosen bestünden vor dem Hintergrund mehrerer psychosozial belastender Faktoren (chronischer Schlafmangel durch Betreuung des Sohnes in der Nacht, Erkrankung der Ehefrau, Entwurzelungsproblematik). Im Krankheitsmodell des Beschwerdeführers werde ein im Jahr 1999 erlittener Autounfall als Auslöser der Schmerzen dargestellt; auf rechterhaltender Faktor dieser Störung seien die organisatorischen Verzögerungen bezüglich seines Aufenthaltes in der Schweiz. Der Beschwerdeführer lehne die empfohlene Behandlung mit SSRI ab und wünsche eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt.

E. 2.2.4

Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 29. März 2010 (Urk. 8/11) betreffend die ab 19. August 2009 erfolgte Behandlung zur Anamnese fest, der im Y.____ geborene und aufgewachsene, mit einer Landsfrau verheiratete Beschwerdeführer sei im Jahr 1998 als Asylsuchender in die Schweiz eingereist und verfüge zurzeit

über die Bewilligung F, welche Situation

ihn eigenen Angaben zufolge überfordere. Ausserdem habe er anlässlich der bisher erfolgten sechs Konsultationen über

Konzentrationsstörungen, Kopf-/ Nackenschmerzen und Vergesslichkeit seit einem im Jahr 1999 erlittenen Fahrradsturz sowie Überforderung wegen der psychisch kranken Ehefrau geklagt. Ob jektiv sei der Beschwerdeführer

allseits orientiert,

psychomotorisch ruhig und nicht suizidal. Er sei klagend und fordernd aufgrund seiner Überforderungssituation als Asylsuchender mit Bewilligung F und ohne Arbeitsstelle.

Anhaltspunkte für Wahnideen, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen seien nicht auszumachen. Das vorhandene

subdepressive Zustandsbild (leichte depressive Episode) sei reaktiv auf die aktuelle Situation, wobei zu erwarten sei, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen der vorgesehenen regelmässigen Behandlung (Verhaltenspsychotherapie und Medikation) von der Fixierung auf eine Invalidenrente lösen könne. Hinweise auf eine psychische Erkrankung bestünden nicht.

E. 2.2.5

Am 9. April 2010 (Urk. 8/13/5-7) berichtete der den Beschwerdeführer seit dem Jahr 1999 hausärztlich behandelnde Dr. F.____ anamnestisch, der aus dem Y.____ stammende Beschwerdeführer habe in der Heimat in leitender Stellung in einer Sonnenblumenölfabrik gearbeitet. Im Jahr 1998 sei er mit seiner Ehefrau – sie leide ebenfalls an einer Anpassungsstörung mit reaktiver depressiver Symptomatik und einer Somatisierungsstörung – als I.____ Asylsuchender in die Schweiz eingereist und in den Jahren 2003 und 2005 (richtig: 2004 [Urk. 8/3/2]) zweimal Vater geworden. Bis vor rund einem Jahr habe der Beschwerdeführer längere Zeit zu 40 % an einem Kebab-Stand gearbeitet.

Der Hausarzt diagnostizierte mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion seit Anfang 2008, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seit zirka 2006 und einen

Verdacht auf eine generalisierte Tendomyopathie seit 2006 bei PHS beidseits sowie lumbospondylogene m

und thorakovertebrale m Syndrom. Den weiteren Diagnosen – einem Status nach rezidivierender Urolithiasis links mit ESWL links 2006, ureteroskopischer

Steinentfernung 2004 und Nephrolithiasis beidseits, einem Status nach Septumplastik und Latero-Fraktur der unteren Muscheln beidseits bei posttraumatischer Schiefnase mit Septumdeviation und Muschelhyperplasie beidseits am 3. Oktober 2008 sowie einem substituierten Vitamin B12-Mangel seit August 2009 – schrieb er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Dr. F.____ attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit von rund 50 % seit Juli 2008, welche in Zukunft allenfalls gesteigert werden könne. Eventuell führe die Psychotherapie bei Dr. J.____ zu einer Verbesserung der psychosozialen Faktoren und der psychischen Belastbarkeit.

E. 2.2.6

Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer am 7. September 2010 im Rahmen der MEDAS-Begutachtung im Beisein eines Dolmetschers untersucht hatte, diagnostizierte im Teilgutachten vom 7. Oktober 2010 (Urk. 8/21/28-40) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein schweres chronifiziertes depressives Zustandsbild mit psychotischen Symptomen (inhaltliche Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Störungen der Ich-Identität und Parathymie) sowie depressionsbedingtem somatischem Syndrom und kognitiven Funktionseinschränkungen, begleitet von Angst- und psychovegetativen körperlichen Symptomen und zwangsbedingter Angstabwehr (ICD-19 F 32.31; S. 11). Er beurteilte, ursächlich scheine es sich um ein endogenes Krankheitsbild zu handeln, anamnestisch mit Beginn der Symptomatik bereits in der Kindheit, im späteren Verlauf aggraviert durch eine posttraumatische Belastungsstörung (kriegsbedingte Traumata, traumatische Erlebnisse im Gefängnis, dreijähriges Untertauchen im Untergrund) und psychosoziale Belastungsfaktoren (Integrationsprobleme in der Schweiz, kollusive Ehebeziehung und psychosoziale Überforderung). Die Angst- und Zwangssymptomatik lasse sich unter der obigen depressiven Depressionsdiagnose subsumieren; es handle sich um Folgebeschwerden, welche keine eigene Entität darstellten (S. 11 f.). Menschen mit dem genannten Zustandsbild seien – aufgrund der willentlich nicht mehr überwindbaren Antriebshemmung, der allgemeinen Verlangsamung, beeinträchtigter Wahrnehmung sowie geschwächter Aufmerksamkeit und reduziertem Konzentrationsvermögen – nicht mehr in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Auch im privaten Bereich seien sie nicht mehr oder nur noch sehr begrenzt fähig, ihren sozialen Verpflichtungen nachzukommen. Dies treffe auch beim Beschwerdeführer zu. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege bei ihm hierdurch gegenwärtig bei 100%. Da die psychotische Symptomatik in den Vorbefunden nicht dokumentiert sei, könne rückblickend nicht sicher angegeben werden, seit wann die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der vorliegenden Höhe bestehe. Möglicherweise habe sich die psychotische Symptomatik erst letztlich ausgebildet, was verstehen liesse, dass der behandelnde Psychiater Dr. J.____ diese im Bericht vom 29. März 2010 nicht beschrieben und auch das depressive Zustandsbild nur als leicht eingestuft habe (S. 12). Bei adäquater Behandlung könne mit einer deutlichen Verbesserung der Situation, gefolgt von einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit, gerechnet werden. Es bedürfe primär einer Anpassung der depressiven Medikation unter Einschluss potenter Antipsychotika sowie einer psychosozialen Entlastung (S. 13).

E. 2.2.7

Dr. J.____

berichtete am 30. Mai 2011 (Urk. 8/32), der Beschwerdeführer sei nun regelmässig in die Behandlung gekommen. Anlässlich der letzten Konsultation vor zwei Tagen sei der aktuell von seiner Situation beziehungsweise der fehlenden Anerkennung seines Gesuchs geplagte Beschwerdeführer objektiv allseits orientiert gewesen, in der Mimik bedrückt, subdepressiv aufgrund der geklagten Schmerzen und seinem reaktiv-depressiven Zustandsbild auf seine Lebensumstände. Es lägen keine Anhaltspunkte für Wahnideen, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen vor. Der Antrieb sei unauffällig gewesen, Suizidalität sei verneint worden. Der behandelnde Psychiater schloss diagnostisch auf eine Anpassungsstörung

mit längerer depressiver Reaktion (ICD-F43.21) so wie eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-F45.4) und bekräftigte die vormals bescheinigte Arbeitsfähigkeit von 100 %. Als Prozedere empfahl er eine Weiterführung der laufenden Therapie, wobei der Beschwerdeführer zur Einnahme der bisher abgelehnten Antidepressiva und zur regelmässigen Teilnahme an der psychotherapeutischen Behandlung anzuhalten sei.

Am

3. Februar 2012 (Urk. 8/49) berichtete Dr. J.____ bei gleichbleibender Diagnosestellung und Befunderhebung, der auf seinen Asylentscheid wartende Beschwerdeführer klagte weiterhin über Nacken-, Schulter- sowie Armschmerzen

und sei darauf fixiert, mit diesen Schmerzen nicht arbeiten zu können. Er habe die initiierte Medikation abgesetzt und wolle keine Medikamente einnehmen. Objektiv betrachtet bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. 3.

3.1

3.1.1

Nachdem die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) ohne nähere Auseinandersetzung mit dem MEDAS-Gutachten von einem invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage ausgegangen war, hielt sie im vorliegenden Verfahren insbesondere dafür, es könne in psychischer Hinsicht nicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden, da es an einer hinreichenden Objektivierung der Beschwerden und Ausklammerung der psychosozialen Belastungsfaktoren fehle. Stattdessen sei gestützt auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. J.____

eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit zu verneinen (Urk. 7, Urk. 18). 3.1.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer in seinen Rechtsschriften im Wesentlichen auf den Standpunkt, laut dem unter Beizug eines Dolmetschers erstellten und voll beweistauglichen MEDAS-Gutachten liege eine schwere psychische Erkrankung vor, welche zum Bezug einer ganzen Rente berechtige. Der Einschätzung des behandelnden Psychiaters könne nicht ohne weiteres gefolgt werden, da er von einem ganz anderen Krankheitsbild ausgehe und die Verständigung auf L.____ erfolge, was für beide eine Fremdsprache darstelle. Auch sei nicht bekannt, ob die Behandlung und Beurteilung durch Dr. J.____ lege artis

erfolgt sei. Es gehe nicht an, einfach blindlings auf dessen Einschätzung abzustellen, ohne die Diskrepanzen zum MEDAS-Gutachten geklärt zu haben. Bei Zweifeln an letzterem hätte die Beschwerdegegnerin Ergänzungs- und Erläuterungsfragen an die MEDAS-Gutachter stellen oder ein Zweitgutachten anordnen müssen (Urk. 1 S. 4

ff., Urk. 12 S. 2 ff.). 3. 2

3.2.1

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers vermag die psychiatrische Expertise von Dr. K.____ vom 7. Oktober 2010 (Urk. 8/21/28-40) und damit die Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes im Hauptgutachten

der MEDAS vom 4. Januar 2011 (Urk. 8/21/1-27) nicht zu überzeugen. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7 S. 2 Ziff. 2) zutreffend erkannte, liess sich der psychiatrische Sachverständige im Wesentlichen von den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers leiten. Dies zeigt sich nicht nur darin, dass in den gutachterlichen Ausführungen von Dr. K.____

die Schilderungen des Beschwerdeführers (S. 6-8) im Vergleich zu den objektiven Befunden (S. 9 f.) breiten Raum einnehmen. Ins Gewicht fällt auch, dass die von Dr. K.____ wiedergegebenen Erhebungen zu den aktuellen Beschwerden und deren Entwicklung im zeitlichen Verlauf in den

übrigen

medizinischen Akten keine hinreichende Stütze finden. Diese vermitteln hinsichtlich der Lebens- und Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers ein völlig anderes Bild, wobei darin weder Anzeichen für eine bereits in der Kindheit in Erscheinung getretene, im Zuge von Militär- und Kriegserfahrungen massiv verstärkte und seither persistierende Angstsymptomatik noch Hinweise auf psychovegetative oder psychotische Symptome auszumachen sind.

Dies gilt speziell

auch für die Berichte des langjährigen Hausarztes Dr. F.____ (E. 2.2.5) und des seit August 2009 behandelnden Psychiaters Dr. J.____ (E. 2.2.4 und E. 2.2.7). Des Weiteren wurde in der vom Beschwerdeführer unterzeichneten Anmeldung zum Leistungsbezug der Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf das Jahr 2007 datiert (Urk. 8/3 S. 2 Ziff. 6.3). Einzig von den Fachleuten der Stiftung A.____ wurde im Rahmen des Belastbarkeitstrainings zwischenzeitlich die

hernach im Gespräch mit Dr. J.____ negierte

Frage aufgeworfen, ob im Falle des Beschwerdeführers allenfalls eine posttraumatische Belastungsstörung vorliege

(Urk. 8/43 S. 2, Urk. 8/46 S. 2). Dr. K.____

liess den Umstand, dass die vom Beschwerdeführer anlässlich der MEDAS-Begutachtung geschilderte Lebens- und Krankheitsgeschichte

einschliesslich der aktuellen Beschwerden in den übrigen Akten nicht ansatzweise dokumentiert sind, gänzlich unberücksichtigt. Eine einlässliche und kritische Diskussion der subjektiven Darstellung des Beschwerdeführers wäre indes umso mehr geboten gewesen, als im Rahmen der gleichentags erfolgten rheumatologischen Exploration der Verdacht auf eine Aggravation erhoben wurde (Urk. 8/21/44).

Schliesslich setzte sich der psychiatrische Sachverständige auch nicht gebührend mit den psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren auseinander.

Bemerkenswert ist sodann, dass im Rahmen der MEDAS-Begutachtung trotz Beizug einer professionellen Übersetzungshilfe Verständigungsschwierigkeiten auftraten mit der Folge, dass spezifische psychopathologische Fragestellungen

zum Beispiel jene nach eigenen Schuldzuweisungen, Wahngedanken und Beeinflussungsideen unbeantwortet geblieben sind (S. 9), Störungen des Ich-Erlebens nicht

evaluiert (S. 9) und psychometrische Testuntersuchungen nicht durchgeführt werden konnten (S. 10). Dennoch ging Dr. K.____ – offenbar gestützt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers – von eindeutigen psychotischen Symptomen (Wahnwahrnehmungen, Verfolgungsideen, begleitet von Trugwahrnehmungen, vorwiegend im akustischen Bereich, und Beeinflussungsideen) sowie von Störungen der Ich-Identität aus (S. 9 und 11).

Zudem vermag es nicht zu genügen, wenn Dr. K.____ die Diskrepanz zur Beurteilung von Dr. J.____ (Bericht vom 29. März 2010 [Urk. 8/11]) mit dem blossen Hinweis, es sei möglich, dass sich die in den Vorbefunden nicht dokumentierte psychotische Symptomatik erst letztlich ausgebildet habe (S. 12), zu erklären versucht. Einer solcher Schlussfolgerung stehen zudem die nach der Begutachtung ergangenen Berichte des behandelnden Psychiaters vom 30. Mai 2011 (Urk. 8/32) und 5. Februar 2013 (Urk. 15) entgegen, worin das Vorliegen psychotischer Symptome in Form von Wahnideen, Ich-Störungen und Sinnestäuschungen verneint und die vormalige Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit bekräftigt wurden.

Zusammenfassend entspricht das psychiatrische Teilgutachten von Dr. K.____ nicht den Anforderungen

an einen beweistauglichen ärztlichen Bericht (E. 1.4). Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin für die Entscheidungsfindung nicht darauf abgestellt hat. 3.2.2

Hieran vermag der vom Beschwerdeführer (Urk. 12 S. 4) angerufene Umstand, dass der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin in der Stellungnahme vom 11. Februar 2011 (Urk. 8/50 S. 5 f.) befand, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne dem MEDAS-Gutachten gefolgt werden, nichts zu ändern. Denn die Ausführungen des RAD beschränken sich im Wesentlichen auf eine zusammenfassende Wiedergabe des MEDAS-Gutachtens und beinhalten keine hinreichende Auseinandersetzung mit diesem und den medizinischen Vorakten. In wiefern darin eine überzeugende Begründung erblickt werden kann, ist nicht ersichtlich und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt. Ausser dem verfügt die betreffende RAD-Ärztin laut

Medizinberuferegister des Bundesamtes für Gesundheit (MedReg; <http://www.medregom.admin.ch>) weder über einen psychiatrischen Facharztstitel noch über eine einschlägige Weiterbildung zur Beurteilung des Sachverhaltes aus psychiatrischer Sicht.

Im Übrigen steht der RAD der IV-Stelle generell lediglich beratend zur Verfügung (Art. 49 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). 3.3

3.3.1

Die behandelnden Fachärzte – namentlich die an der

G.____ tätige Oberärztin med. prakt. H.____

(E. 2.2.3) und der den Beschwerdeführer seit August 2009 behandelnde Psychiater Dr. J.____

(E. 2.2.4 und E. 2.2.7) – gingen einhellig von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) aus, wo bei sie diese Diagnosen nicht als krankheitswertig

erachteten

beziehungsweise ihnen keinen massgebenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben und das Beschwerdebild zur Hauptsache auf der Grundlage von psychosozialen Belastungsfaktoren interpretierten.

Auch die übrige medizinische Aktenlage mit Ausnahme des nicht beweistauglichen MEDAS-Gutachtens (E. 3.2), insbesondere die Berichterstattung

des langjährigen Hausarztes Dr. F.____, welcher die ihm bekannte Lebens- und Krankheitsgeschichte sorgfältig und ausführlich darlegte (Urk. 8/13/5-7), und des Rheumatologen Dr. D.____

(Urk. 8/13/12-15), führt in einer Gesamtschau zum Schluss, dass das psychische Beschwerdebild – soweit die rein psychopathologischen Befunde

überhaupt abgrenzbar sind – augenfällig durch belastende psychosoziale und soziokulturelle Umstände (Betreuung der Kinder auch in der Nacht, Erkrankung der Ehefrau, Aufenthaltsstatus, unklare Zukunft der Familie, Entwurzelungsproblematik, Fixierung auf Invalidenrente) bestimmt und unterhalten wird, wo bei davon auszugehen ist, dass bei einer Veränderung der Lebenssituation auch eine wesentliche Besserung der psychischen Befindlichkeit und der durch diese eingeschränkten Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann.

3.3.2

Wie bereits dargelegt (E. 1.3) vermag eine somatoforme Schmerzstörung nur ausnahmsweise und unter besonderen Voraussetzungen eine rechtserhebliche Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren im Vordergrund stehen und wesentlich das Beschwerdebild bestimmen, desto ausgeprägter müsste – zur Annahme einer Invalidität – eine fachärztlich ausgewiesene Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Wenn – wie im vorliegenden Fall – die Ärzte im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (vgl. BGE 127 V 299 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Neben der somatoformen Schmerzstörung liegt hier mit der diagnostizierten Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion kein selbstständiges psychisches Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vor. Diese ist im Lichte der klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein

im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertiges, potenziell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.2.2). Als dann sind die massgeblichen Komorbiditätskriterien, die ein Abweichen von der Überwindbarkeitserlaubnis würden (E. 1.3), offenkundig

weder in gehäuft noch in ausgeprägter Weise erfüllt. So kann weder von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren innerseelischen Verlauf einer ansich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) noch von einem Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person gesprochen werden. Als dann liegt unbestritten ermassen keine relevante chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Dem

Schmerzgeschehen liegt zwar ein mehrjähriger Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik zugrunde; dieser Verlauf ist allerdings diagnosis-spezifisch und daher nicht ausschlaggebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_195/2008 vom 16. Dezember 2008 E. 7.3). Auch gibt es keine Anzeichen für einen sozialen Rückzug des Beschwerdeführers aus sämtlichen Lebensbereichen.

Im Gegenteil spricht der vom Beschwerdeführer gegenüber dem MEDAS-Gutachten geschilderte Tagesablauf – wonach er die Mahlzeiten

für die Familie zubereite, sich morgens wie auch mittags um seine

beiden Kinder kümmere und diese in den Kindergarten respektive

zur Schule bringe, bei deren Abwesenheit vormittags mit seiner Ehegattin Termine

wahrnehme oder Einkäufe besorge und nachmittags bisweilen mit ihr spazieren gehe

(Urk. 8/21/10) – sowie der Umstand, dass er – so etwa auch für die Fahrten vom Wohnort nach

M.____

und zurück (Urk. 8/21/35) – öffentliche Verkehrsmittel (Zug, Tram) – benutzt, nicht für einen erheblichen Leidensdruck und somit gegen ein gravierendes psychisches Leiden.

Gleiches gilt für die in den Akten mehrfach dargestellte

schlechte Compliance bezüglich Psychotherapie und Medikamenteneinnahme (Urk. 8/11

S. 1 Ziff. 1.2, Urk. 8/13/9, Urk. 8/21/37, Urk. 8/31, Urk. 8/32 S. 1 Ziff. 1.2 und S. 3

Ziff. 1.11, Urk. 8/49 S. 2 Ziff. 1.5). Bezeichnenderweise erklärte der Beschwerdeführer

anlässlich der psychiatrischen Exploration denn auch, er nehme die verschriebene

Medikation

(darunter

Venlafaxin ER 300 mg/d und Trittico 100 mg/d) nicht regelmässig jeden Tag, sondern nur

"je nach Beschwerden" ein, wobei dies gegenwärtig nur Herzmedikamente seien

(Urk. 8/21/37).

Unter diesen Umständen bleibt kein Raum für die rechtliche Anerkennung eines

invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens, sodass eine Leistungspflicht der

Invalideversicherung ausser Betracht fällt. 3.3.3

Der Beschwerdeführer vermag dieser Schlussfolgerung nichts Stichhaltiges entgegenzusetzen.

Was die sprachliche Kommunikation zwischen ihm und dem behandelnden Psychiater

betrifft, stellte

Dr. J.____

mit Schreiben vom 5. Februar 2013 (Urk. 15) an das Gericht klar, er sei L.____

Muttersprache und unterhalte sich mit dem Beschwerdeführer jeweils auf L.____

(vgl. auch Urk. 8/21/13 oben), wobei dieser dem Gespräch bislang angesichts der Folgen

können. Damit werden die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers replicando

geäusserten Zweifel (Urk. 12 S. 3 f.) zuversichtlich ausgeräumt. Eine

Verständigungsproblematik wäre denn auch nicht ohne Weiteres mit der Dauer der

Behandlung bei Dr. J.____

diese betrug im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) immerhin mehr als drei Jahre

in Einklang zu bringen gewesen. Schliesslich sind auch keine Anhaltspunkte für eine nicht lege artis erfolgte Einschätzung von Dr. J.____

(Urk. 12 S. 4) aktenkundig .

Ebenfalls nichts abzugewinnen ist dem Hinweis des Beschwerdeführers (Urk. 12 S. 5) auf die Angaben des ehemaligen Arbeitgebers betreffend Vergesslichkeit und Schmerzklagen einerseits sowie auf die Ergebnisse des Arbeitsversuches in der Stiftung A.____ andererseits. Denn sowohl bei der Ausübung der Teilzeittätigkeit als Kebab-Verkäufer (Arbeitgeberfragebogen vom 1. April 2010 [Urk. 8/12 S. 7]) als auch im Rahmen des Belastbarkeitstrainings (vgl. Schlussbericht vom 17. Januar 2012 [Urk. 8/48]) hing die Leistungsfähigkeit einzig von der subjektiven Bereitschaft des Beschwerdeführers ab .

Die involvierten Personen

waren aufgrund des fehlenden medizinischen Fachwissens nicht in der Lage, die Diskrepanzen zwischen dem gezeigten Verhalten und den objektiven Beschwerden zu erkennen.

3.3.4

Nachdem die vorhandene(n) medizinische(n)

Unterlagen eine verlässliche Beurteilung des Leistungsanspruches des Beschwerdeführers erlauben, besteht kein Anlass für medizinische Weiterungen. Insbesondere sind von Erläuterungs- oder Ergänzungsfragen an die MEDAS-Gutachter oder der Anordnung eines Zweitgutachtens keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d). 4.

Folglich erweist sich die angefochtene Verfügung vom 6. September 2012 (Urk. 2) als rechtens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

5 .

5 .1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 8 00.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem

Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 5 .2 5 .2.1

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss §

E. 6

September 2012 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle wie am 21.

Februar 2012 vorbeschrieben (Urk.

8/52) einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente mangels Vorliegens eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens . 2.

Dagegen erhob X.____

am 5.

Oktober 2012 Beschwerde (Urk.

1) und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 6.

September 2012 sei aufzuheben und ihm sei ab wann rechtens eine ganze Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur rechtskonformen Abklärung des medizinischen Sachverhaltes und neuer Entscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Versicherte um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwalt Stephan Kübler als unentgeltlicher Rechtsvertreter .

In der Beschwerdeantwort vom 12. November 2012 (Urk. 7) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 15. November 2012 (Urk. 9) wurde dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung gewährt und in der Person von Rechtsanwalt Stephan Kübler ein unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt. Zudem wurde ein Schriftenwechsel angeordnet. Mit Replik vom 2. Februar 2013 (Urk. 12) und Duplik vom 19. Februar 2013 (Urk. 18) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird – auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung – namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 5 .2. 2

Der von Rechtsanwalt Stephan Kübler mit Eingabe vom 27. Januar 2014

geltend gemachte Aufwand von 14

Stunden

und 25 Minuten sowie Fr. 61.10

Barauslagen

(Urk. 20-21)

ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Namentlich sind in der Honorarnote auch Tätigkeiten wie das Aufsetzen einer Entbindungserklärung, verschiedene nicht näher spezifizierte schriftliche und mündliche Kontaktaufnahmen mit Dr. J.____

und dem Beschwerdeführer enthalten, welche nicht im Rahmen eines zuzuschädigenden Aufwandes geltend gemacht werden können .

Angesichts der zu studierenden gut 60 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der etwa

E. 11

- und 5- seitigen Rechtsschriften, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung

(vgl. Unterstützungsbestätigung der Fürsorgebehörde vom 20. August 2012 [Urk. 4]) sowie der in ähnlichen Fällen zu gesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Stephan Kübler bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr.

2' 600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 5 .2.3

Der Beschwerdeführer ist auf §

E. 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Gräub Buchter

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