

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00244 vom 11. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00244

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00244 du 11 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00244 del 11 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1956 geborene X.____, welcher keine Ausbildung abgeschlossen hat (Urk. 10/24/8), war vom 22. Januar 1990 bis am 31. Dezember 2009 bei der Y.____

als Fachmitarbeiter Produktion Fisch tätig

(Urk. 10/4 und Urk. 10/14). Am 11. September 2012 (Eingangsdatum) meldete er sich wegen einer schweren Depression, einer akuten Leber-Dekompensation bei Alkoholabusus, eines Verdachts auf alkoholische Enzephalopathie und eine entgleiste arterielle Hypertonie bei Non-Compliance bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 10/2).

Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und veranlasste eine interdisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie und Innere Medizin) des Versicherten (Urk. 10/18). Das Gutachten der Z.____ wurde am 10. Juni 2013 erstattet (Urk. 10/24). Mit Mitteilung vom 10. September 2013 (Urk. 10/29) informierte die IV-Stelle den Versicherten darüber, dass er gemäss gleichentags verfasstem Vorbescheid keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung habe und er den Vorbescheid mit separater Post erhalte. Sodann auferlegte sie dem Versicherten eine Schadenminderungspflicht. Sie führte dazu aus, dass gemäss der medizinischen Beurteilung seine aktuelle gesundheitliche Einschränkung durch Durchführung einer psychiatrisch-psychologischen Behandlung und unter adäquater medikamentöser Therapie verbessert beziehungsweise eine emotionale Stabilität erwartet werden könne. Er werde daher gebeten, sich der erwähnten Massnahme oder Behandlung zu unterziehen. Bei einer allfälligen erneuten Anmeldung bei der Invalidenversicherung werde geprüft, ob er dieser Auflage nachgekommen sei. Sollte er sich der vorgesehenen Behandlung beziehungsweise Massnahme nicht unterzogen haben, werde sein Rentenanspruch so beurteilt, als ob sie durchgeführt worden wäre. Dies könne zur direkten Abweisung oder Kürzung der Rente führen. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 10. September 2013; Urk. 10/31) lehnte die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 24. Januar 2014 ab (Urk.

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]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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.

E. 1.3

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).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

E. 2

Gegen die ablehnende Verfügung der IV-Stelle vom 24. Januar 2014 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 27. Februar 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zu ergänzenden Abklärungen und neuer Entscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung

(Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 6. März 2014 reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine aktualisierte Vollmacht ein (Urk. 5 f.). Mit Beschwerde antwort vom 23. April 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9),

was dem Beschwerdeführer am 29. April 2014 angezeigt wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid fest, dem Gutachten vom 10. Juni 2013 sei zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer gesundheitliche Einschränkungen, insbesondere psychische Einschränkungen, vorlägen, welche die Arbeitsfähigkeit in subjektiver Weise einschränkten. Die Abklärungen hätten aber ergeben, dass die vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen überwiegend wahrscheinlich durch psychosoziale Faktoren (Verlust der Arbeitstelle; Angst, dem zukünftigen Arbeitgeber nicht zu genügen und so weiter) ausgelöst worden seien. Diese Einschränkungen gälten als überwindbar. Dies bedeute, dass mit einer zumutbaren Willensanstrengung die angestammte Tätigkeit zu 100 % ausgeübt werden könne. Eine Invalidität oder drohende Invalidität im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen sei somit nicht ausgewiesen. Aufgrund der zumutbaren 100%igen Arbeitsfähigkeit bestehe ebenfalls kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die Diagnosen einer Herzarrhythmie mit ventrikulären Extrasystolen sowie das Lungenemphysem hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Gutachter Dr. A. ___ habe festgehalten, er (der Beschwerdeführer) könne aus internistischer Sicht problemlos eine körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit ausführen. Dies werde auch nicht bestritten. Allerdings handle es sich bei seiner angestammten Tätigkeit als Fischverarbeiter um eine körperlich schwere Arbeit, für welche er als 100%ig arbeitsunfähig einzustufen sei. Hinzu komme, dass die Einschätzungen der Ärzte in Bezug auf die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sowie die Dauer des psychischen Leidens übereinstimmten. Es sei somit ausgewiesen, dass sich die depressive Störung bereits seit mehr als zwei Jahren auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auswirke. Ob unter diesen Umständen überhaupt noch von einer depressiven Episode gesprochen werden könne und nicht vielmehr eine Störung vorliege, könne offen gelassen werden. Feststehe jedenfalls, dass das Argument der Verwaltung, es liege kein längerdauernder invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor, hier nicht verfange. Das psychische Leiden sei sodann in Bezug auf die Behandelbarkeit als resistent zu bezeichnen (Urk. 1 S. 7 ff.). Weiter führte der Beschwerdeführer aus, die von der Beschwerdegegnerin angeführten psychosozialen Faktoren seien entgegen den in den Akten liegenden Arztberichten von dieser in den Vordergrund gerückt worden. Auch im Gutachten werde von einer verselbständigten psychischen Störung mit Krankheitswert und Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ausgegangen. Da die Hauptkrankheit in einer Depression liege, gehe der entscheidende Einfluss auf die Möglichkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeit von der Depression aus. Es bleibe somit kein Raum, die Überwindbarkeitsvermutung des Bundesgerichts im Zusammenhang mit den unklaren Beschwerdebildern (PÄUSBONOG) anzuwenden. Die Gutachter hätten dann auch

folgerichtig die Prüfung der Försterschen Kriterien unterlassen. Zusammen mit der neu behandelnden Ärztin gingen sie davon aus, die Arbeitsunfähigkeit sei durch eine zumutbare Willensanstrengung nur zu 60 % überwindbar (Urk. 1 S. 10 f.). 3.

Im interdisziplinären Gutachten von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für alle meine innere Medizin, und Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Juni 2013 wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) genannt. Dem Gutachten sind sodann die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

zu entnehmen (Urk. 10/24/13) : - Alkoholabhängigkeit, gegenwärtig abstinent - Status nach diffusem Leberparenchymschaden und Steatose Grad I - Emphysem (computertomographisch nachgewiesen im November 2010) - Extrasystolie (anamnestisch) In der versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese beider Fachgebiete wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei während langer Jahre alkoholabhängig gewesen. Im Spätherbst 2010 sei es zur Dekompensation mit Alkohol-Entzugssyndrom und Zeichen eines deutlichen Leberschadens gekommen. Zweimal, im November 2010 und im Frühjahr 2011, habe er hospitalisiert werden müssen. Seit zwei Jahren sei der Beschwerdeführer nun aber abstinent (aktuell CDR <1 %), der Leberschaden habe sich erholt. Im Winter 2010/2011 sei nach einer Exazerbation der Alkoholproblematik im Rahmen des Arbeitsverlusts und der Trennung von der Ehefrau neu eine Depression aufgetreten. Während der Beschwerdeführer das Alkoholproblem heute einigermaßen im Griff habe, sei die Depression nach wie vor nachweisbar und führe zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit. Somatisch sei der Beschwerdeführer heute durchaus in der Lage, eine mittelschwere Arbeit vollzeitig auszuführen. Die von ihm geklagten Beschwerden seien nicht objektivierbar. Bereits die Schilderung der Probleme sei etwas diffus und unscharf. Weder beim Psychiater noch beim Internisten hätten klar umschriebene Beschwerden geäußert werden können. Im klinischen Status seien keine Schwindel nachweisbar. Nennenswerte Zeichen für Kniearthrosen fehlten. Die rohe Kraft der unteren Extremitäten sei normal. An den oberen Extremitäten bestehe allenfalls eine leichte Verminderung. Die Laborwerte hätten sich völlig normalisiert. Zusammengefasst bestehe aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % sowohl für die angestammte als auch für eine Verweistätigkeit. Im Sinne einer Unterstützung der Reintegration in den Arbeitsprozess seien berufliche Massnahmen mit einer Abklärung der verbliebenen Ressourcen zu empfehlen (Urk. 10/24/13 f.). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 60 % aus psychiatrischer Sicht gelte ab Sommer 2011. Im Spätherbst/ Winter 2010/2011 habe sicher eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Das psychische Leiden stehe ganz eindeutig im Vordergrund. Die Sucht sei die Ursache des somatischen Leidens. Die Depression sei durch verschiedene Faktoren ausgelöst worden. Neben der Sucht hätten auch der Arbeitsverlust und die Trennung von der Ehefrau eine Rolle gespielt (Urk. 10/24/15). Dr. B.____ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 15. Mai 2013 fest, der Beschwerdeführer habe bis zu seinem Arbeitsverlust Ende 2009 sein Leben überwiegend über die Arbeit definiert. Parallel habe sich über 25 Jahre eine Alkoholabhängigkeit mit entsprechenden Folgeschäden entwickelt. Im Jahr 2010 sei es offenbar im Rahmen des Arbeitsverlusts und der Trennung von der Ehefrau zu einer Exazerbation der Alkoholproblematik gekommen, was auch zu einer massiven körperlichen Beeinträchtigung geführt habe. In der Folge habe sich der Beschwerdeführer nicht mehr reintegrieren können; im Rahmen der massiven Kränkung und Selbstwertproblematik sei es zu einer depressiven Entwicklung gekommen,

auch wenn der Beschwerdeführer die Alkoholproblematik in den Griff bekommen habe. Anlässlich der psychiatrischen Exploration zeige sich nun ein Beschwerdeführer mit deutlich depressiven Anteilen, gekennzeichnet durch Freud- und Perspektivverlust, Selbstwertmangel, sozialem Rückzug und Verhaltensauffälligkeiten. Er selbst gebe an, seit zwei Jahren abstinent zu sein. Die Auswirkungen der Alkoholproblematik seien in diesem Fall nicht mehr relevant für etwaige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Knieschmerzen zeigten Charakteristika einer beginnenden, somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung, aktuell sei der Schmerz jedoch durchaus überwindbar und stehe eher im Hintergrund der Gesamtsymptomatik. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergäben sich aufgrund der depressiven Symptomatik, die trotz adäquater Medikation als leicht- bis mittelgradig zu quantifizieren sei. Unterhalten werde die depressive Situation durch die leistungsorientierte Persönlichkeitsakzentuierung. Für diesen Versicherten sei eine Reintegration in den Arbeitsmarkt zur Verschlimmerung der depressiven Situation dringend indiziert (Urk. 10/24/23). Dementsprechend sei die Prognose abhängig von der Fähigkeit, sich in den regulären Arbeitsprozess zu reintegrieren, um der für den Beschwerdeführer wichtigen Definition seines Selbstbilds über die Arbeit gerecht zu werden. In einem solchen Fall sei durch Ausmaß einer Verbesserung der zugrundeliegenden depressiven Situation zu rechnen und eine volle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Bezüglich der Medikation könnte allenfalls eine Kombinationsbehandlung zur Wirkverstärkung versucht werden. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in angepasster Tätigkeit sei aufgrund der depressiven Symptomatik integral um 40 % eingeschränkt, dies vor allem aufgrund der Einschränkungen von Konzentration und Durchhaltefähigkeit sowie der interaktionellen Probleme (Urk. 10/24/23 f.).

4.

E. 4

Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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.

E. 4.1

Vorauszuschicken ist, dass nach der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt sind: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

Weil die Arbeitsfähigkeit somit keine medizinische, sondern eine rein juristische Frage ist, können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsunfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass dieses seinen Beweiswert verlöre (Urteil des Bundesgerichtes 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 4.2.1

).

Im Bericht des Spitals E.____ vom 2. Dezember 2010 wurde noch keine psychiatrische Diagnose gestellt. Als Diagnosen wurden vielmehr eine chronische Alkoholkrankheit, eine Steatosis

hepatis und ein Lungenemphysem genannt (Urk. 10/16/5). In diesem Bericht wurde sodann festgehalten, der Beschwerdeführer habe 15 Jahre lang bei der Y.____ in der Fischabteilung gearbeitet. Er plane im Dezember nach F.____ (gemeint

wohl: G.____) zurückzukehren und bis dahin alkoholfrei zu sein; er habe eine muslimische Mutter. Er trinke seit circa sechs Monaten vermehrt. Schlimmer sei es geworden seit dem Verlust der Arbeitsstelle (Urk. 10/16/5).

Dem Bericht von Dr. C.____ vom 19. Oktober 2012 ist zu entnehmen, dass die depressive Episode durch psychosoziale Faktoren ausgelöst wurde. Der Beschwerdeführer sei nach vierzig Jahren in der Schweiz im Jahr 2010 nach G.____ zurückgekehrt. Dort sei er in eine schwere Depression geraten, nachdem er gesehen habe, wie sein Land am Zerfall sei und überall die Armut herrsche. Infolge dessen habe er vermehrt Alkohol konsumiert, bis er auf die Intensivstation in H.____ eingewiesen werden müsse. Zu Beginn der Behandlung bei ihr (Juni 2011) sei eine psychotische Symptomatik im Vordergrund gestanden, weshalb eine Behandlung mit Antidepressiva und Antipsychotika begonnen worden sei (Urk. 10/15/1). Aktuell werde der Beschwerdeführer mit Antabus behandelt, und er sei abstinent. Die Suchtsymptomatik sei nicht mehr aktuell (Urk. 10/15/2). Anlässlich der psychiatrischen Exploration schilderte der Beschwerdeführer, im Jahr 2010 sei es ihm sehr schlecht gegangen. Er habe seine Arbeit aufgrund einer Firmenübernahme verloren und dann begonnen, Alkohol zu trinken. Er habe zurück nach G.____ gewollt. So habe er sich von seiner Frau getrennt und daraufhin ein halbes Jahr in G.____ verbracht. Dort habe er massiv getrunken und sein Geld verspielt. Mitte 2011 sei er dann wieder zurück in die Schweiz gekommen, da er körperlich extrem krank gewesen sei. Er sei früher nie krank gewesen und habe immer gearbeitet. Er wisse auch nicht, was in der letzten Zeit vor der Kündigung im Jahr 2010 passiert sei. Er habe lediglich ein mal unentschuldig gefehlt und sei dann fristlos entlassen worden. Dies habe ihm den Boden unter den Füßen weggezogen. Er habe sich in G.____ dann richtig gehen lassen. Nachdem er zurückgekommen sei, habe er die Situation kaum mehr ertragen können. Er sei immer nervöser geworden, habe sich nicht mehr wohl, sondern wertlos gefühlt. Suizidgedanken seien immer wieder aufgetaucht. Vor einem Jahr seien dann die Schmerzen in den Knien dazugekommen, die ihn am längeren Laufen hinderten und von Kraftlosigkeit begleitet seien. Schliesslich bestehe ein Schwindel seit einigen Jahren, der langsam zunehme, ihn am Geradelaufen hindere und auch immer wieder mit Stürzen verbunden sei (Urk. 10/24/19 f.). Der Stellenverlust hat demnach bei der Entwicklung der depressiven Symptomatik offenkundig eine entscheidende Rolle gespielt. Die anhaltende Arbeitslosigkeit und die leistungsorientierte Persönlichkeitsakzentuierung unterhalten die Symptomatik gemäss Dr. B.____ weiterhin. Dementsprechend sei die

Prognose abhängig von der Fähigkeit, sich in den regulären Arbeitsprozess zu reintegrieren, um der für den Beschwerdeführer wichtigen Definition seines Selbstbilds über die Arbeit gerecht zu werden. In einem solchem Fall sei durchaus mit einer Verbesserung der zugrundeliegenden depressiven Situation zu rechnen und eine volle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Solange mit dem Gutachter zu erwarten ist, dass mit einem Wegfall der belastenden Lebensumstände unmittelbar auch die (somit nicht verselbständigte) psychische Störung verschwinden wird, fehlt es am rechtlich vorausgesetzten Kausalzusammenhang mit einer selbständigen Gesundheitsschädigung (E. 4.2.1).

E. 4.2.2

In den Klinisch-diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Gesundheitsstörungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour / Schmidt (Herausgeber), 9. Auflage, Bern 2014, S. 169 f., werden unter F32 die depressiven Episoden (leicht-, mittel-, schwergradig) und unter F33 die rezidivierenden Störungen umschrieben. Bei der typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren Episode (F32.2 und F32.3) leidet laut diesen Leitlinien die betroffene Person gewöhnlich unter den typischen Symptomen von (a) gedrückter Stimmung, (b) Interessenverlust, Freudlosigkeit und (c) Verminderung des Antriebes, erhöhter Ermüdbarkeit. Andere häufige Symptome sind (1) verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, (2) vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, (3) Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, (4) negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, (5) Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, (6) Schlafstörungen und (7) verminderter Appetit. Das klinische Beschwerdebild zeigt beträchtliche individuelle Varianten; ein untypisches Beschwerdebild ist besonders in der Jugend häufig. In einigen Fällen stehen zeitweilig Angst, Gequältheit und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression (vgl. ICD-10 Kapitel V [F], a.a.O., S. 169-170). Bei einer rezidivierenden depressiven Störung gemäss ICD-10 F33 handelt es sich gemäss den genannten Leitlinien um eine Störung, die durch wiederholte (leichte, mittelgradige oder schwere) depressive Episoden charakterisiert ist. Die einzelnen Episoden dauern zwischen drei und zwölf Monaten. Die Besserung zwischen den einzelnen Episoden ist dabei im Allgemeinen vollständig, wobei nur (aber immerhin) eine Minderheit von Patienten eine anhaltende Depression entwickelt (für welche ebenfalls die Kategorie F33 verwendet werden sollte; vgl. ICD-10 Kapitel V [F], a.a.O., S. 176 f.). Die Unterscheidung zwischen depressiven Episoden (F32) und rezidivierenden depressiven Störungen (F33) legt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes nahe, dass bei letzteren eher von einer ungünstigen Prognose in Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit auszugehen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_484/2012 vom 26. April 2013 E. 4.3.2.2).

E. 4.2.3

Depressive „Episoden“ sind definitionsgemäss vorübergehender Natur und haben deshalb, zumindest wenn sie leicht bis mittelschwer sind, gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung. Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven „Störung“ ist nach der Rechtsprechung nicht schlechthin auszuschliessen. Deren Annahme bedingt indessen jedenfalls, dass es sich dabei um ein selbständiges, von einem allfälligen psychogenen Schmerzsyndrom und/oder allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren losgelöstes depressives Leiden handelt (vgl. Urteile des 8C_654/2014 vom 6. März 2015 E. 4.4.1, 9C_689/2014 vom 19. Januar 2015

E. 2.3 und 9C_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.2 mit Hinweisen; vgl. E. 4.2.1).
Überdies ist erforderlich, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 und 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1).

E. 4.3.1

Das interdisziplinäre

Gutachten des

Z. ___ vom 10. Juni 2013 basiert auf fachärztlichen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie insbesondere auch unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstellt. Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das Gutachten des Z. ___ erfüllt demnach alle rechtserforderungsgemässen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage, weshalb ihm grundsätzlich voller Beweiswert zukommt (vgl. E. 1.4). Auf die Schlussfolgerung der Gutachter, wonach beim Beschwerdeführer aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % sowohl für die angestammte als auch für eine Verweistätigkeit bestehe, kann indessen aus den nachfolgenden Gründen nicht abgestellt werden.

E. 4.3.2

Im Gutachten wurde als einzige Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) genannt (Urk. 10/24/13). Einer solchen ist aus rechtlicher Sicht

indes

in der Regel keine invalidisierende Wirkung beizumessen (vgl. E. 4.2.3). Die Einstufung der depressiven Symptomatik als leicht bis mittelschwer erscheint aufgrund des vom Gutachter Dr. B. ___ erhobenen „psychischen Befunds“ nachvollziehbar. Darin hielt er fest, der Beschwerdeführer sei pünktlich zum vereinbarten Untersuchungstermin erschienen. Er sei sauber und leger gekleidet. Hinweise auf Vernachlässigung von Körperhygiene oder äusserem Erscheinungsbild seien nicht zu bemerken. Im Kontakt sei der Beschwerdeführer offen und zugewandt, etwas distanzlos, aber gut führbar. Die Atmosphäre im Gespräch sei freundlich und höflich, der Rapport flüssig, geordnet und situationsadäquat. Ausgleichsbewegungen würden nicht gezeigt. Der Beschwerdeführer verfolge das Explorationsgeschehen aufmerksam und mit ausreichender Konzentration. Die höheren kognitiven Leistungen wie problemlösendes Denken und Handeln wirkten allerdings etwas eingeschränkt. Vor allem gegen Ende der Exploration zeige der Beschwerdeführer Mühe, dem Gesprächsverlauf mit klarer Linie folgen zu können (Urk. 10/24/21). Das Bewusstsein sei qualitativ und quantitativ unauffällig, die Orientierung in allen vier Ebenen gegeben. Der Beschwerdeführer spreche mit lauter, normal modulierter Stimme und eher hoher Sprechfrequenz. Formale oder inhaltliche Denkstörungen seien nicht nachzuweisen. Die Schmerzen stünden klar nicht im Zentrum des Geschehens. Halluzinationen und Illusionen seien nicht zu eruieren. Die Merkfähigkeit, das Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis seien weitgehend angemessen. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen keine vor. Die Ich-Grenzen seien geschlossen, Derealisations- oder Depersonalisationserleben könnten nicht nachgewiesen werden. Das Intelligenzniveau

wirke unter Berücksichtigung von schulischer und beruflicher Bildung sowie klinischem Gesamteindruck knapp durchschnittlich. Die Willens- und Antriebsbildung wirke eher beeinträchtigt und sei geprägt von Angsterleben und Ambivalenz. Der Beschwerdeführer wirke psychomotorisch etwas angetrieben, mit jedoch adäquater Gestik und Mimik, welche die jeweilige Stimmungslage synthem unterstrichen. Im Affekt sei eine deutlich eingeschränkte Schwingungsfähigkeit mit Fokussierung auf den unteren Skalenbereich nachzuweisen. Suizidalität werde zwar angesprochen, eine akute Suizidalität bestehe jedoch nicht. Zwänge und Phobien von Alltagsrelevanz seien nicht nachweisbar. Der Beschwerdeführer wirke in seiner Primärpersönlichkeit leistungsorientiert, angepasst und umgänglich. Allerdings fielen gewisse Defizite in der Impulskontrollfähigkeit auf, mit ebenfalls eingeschränkter Frustrationstoleranz. Insgesamt seien jedoch die Kriterien für eine Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 nicht erreicht. Die Realitätsanpassung, die Urteils- und Kritikfähigkeit seien angemessen, der Beschwerdeführer sei geschäftsfähig. Er wirke bezüglich einer Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt eher ambivalent. Er selbst erlebe sich als invalidisiert, sei aber andererseits auch einverstanden, über berufliche Massnahmen eine Abklärung der Restarbeitsfähigkeit mitzumachen. Er habe keine Schlafprobleme, dafür eine deutliche Einschränkung der Vita sexualis (Urk. 10/24/22).

Die gutachterliche Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven „Episode“

(ICD-10

F32.1)

steht im Einklang mit den Einschätzungen der bisherigen sowie der aktuellen Ärztin des Beschwerdeführers. Die früher behandelnde Ärztin, Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 19. Oktober 2012 (Urk. 10/15/1) nebst einem Alkohol- und Abhängigkeits-syndrom (ICD-10

F10.2) und einem Status nach Entzugssyndrom (ICD-10

F10.4) eine mittelgradige depressive Episode gemäss ICD-10 F32. 1. Die aktuell behandelnde Ärztin, Dr. med. univ. (A) D.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Schreiben vom 2. Januar 2014 an die Vertreterin des Beschwerdeführers (Urk. 10/38/1) die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom

(ICD-10 F32.11). Die behandelnden Ärztinnen diagnostizierten demnach ebenfalls bloss eine depressive „Episode“. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen (E. 4.3.4), würde sich – entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 9) – am Ergebnis auch nichts ändern, wenn von einer (anhaltenden) mittelschweren depressiven „Störung“ (ICD-10 F33.1) ausgegangen würde.

E. 4.3.3

Sowohl aus dem Gutachten als auch aus den genannten Berichten der behandelnden Ärztinnen geht nämlich hervor, dass die depressive Symptomatik durch psychosoziale Faktoren ausgelöst wurde und unterhalten wird (E.

E. 4.3.4

Selbst wenn, entgegen der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters sowie der behandelnden Ärztinnen (vgl. E. 4.3.2) von einer mittelschweren depressiven „Störung“ auszugehen wäre, wäre eine invalidisierende Wirkung nicht zwingend gegeben. Zum einen

kann nach dem Gesagten nicht davon ausgegangen werden, dass es sich bei dieser „Störung“ um ein selbständiges, von den belastenden psychosozialen Faktoren losgelöstes psychisches Leiden handelt. Ausser dem unterzieht sich der Beschwerdeführer zwar einer psychotherapeutischen Behandlung (ab Juni 2011 bei Dr. C. ___ [Urk. 10/15/1], seit März 2013: regelmässige Gespräche mit Dr. D. ___ mit kognitivem verhaltenstherapeutischen Hintergrund, antidepressive Medikation [Urk. 10/38]). Die therapeutischen Sitzungen finden jedoch nur alle drei bis vier Wochen statt (Urk. 10/38). Eine stationäre Behandlung der psychischen Beschwerden wurde bislang offenbar nicht durchgeführt. Angesichts der nicht ausgeschöpften Therapiemöglichkeiten (häufigere ambulante therapeutische Sitzungen, stationärer Aufenthalt) kann von einem Scheitern einer konsequent befolgten Depressionstherapie, welches das Leiden als resistent ausweisen würde, vorliegend nicht die Rede sein (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen, 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1).

E. 4.3.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der beim Beschwerdeführer bestehenden depressiven Symptomatik aus rechtlicher Sicht so oder so keine invalidisierende Wirkung beizumessen ist. Auf die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann daher – trotz grundsätzlich beweistauglichem Gutachten – aus rechtlichen Gründen nicht abgestellt werden. Vielmehr ist anzunehmen, dass keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit besteht. Die anderslautende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Drs. C. ___ und D. ___

(sie attestierten dem Beschwerdeführer jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit; vgl. Urk. 10/15/2 und Urk. 10/38/1) steht dem nicht entgegen, zumal auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 4.4

In somatischer Hinsicht kann aufgrund der gutachterlichen Feststellungen – mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Stellungnahme vom 4. September 2013, Urk. 10/28/5) - von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zumindest in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit seit Sommer 2011 ausgegangen werden (Urk. 10/24/12 und Urk. 10/24/15), was denn von ihm auch ausdrücklich anerkannt wurde (Urk. 1 S. 8).

Nach dem Gesagten steht daher mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer zumindest eine leichte bis mittelschwere Arbeit (Urk. 10/24/12) zu 100 % zumutbar ist .

E. 4.5

Der Beschwerdeführer brachte indes vor, bei seiner angestammten Tätigkeit als Fischverarbeiter habe es sich um eine körperlich schwere Arbeit gehandelt, für welche er als 100%ig arbeitsunfähig einzustufen sei. Dies sei von der Beschwerdegegnerin ausser Acht gelassen worden (Urk. 1 S. 8).

Wie es sich damit verhält, kann offen bleiben. Selbst wenn die Fischverarbeitung als schwere Tätigkeit einzustufen wäre, hat dies keinen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung zur Folge:

E. 4.6.1

Bei einem diesfalls

vorzunehmenden Einkommensvergleich kann bei der Bemessung des Valideneinkommens nicht auf das Einkommen bei der ehemaligen Arbeitgeberin abgestellt werden, zumal dem Beschwerdeführer diese Stelle gemäss Auskunft der selben vom 19. Oktober 2012 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt worden war (Urk. 10/14/1). Auch der Beschwerdeführer berichtigte dem Gutachter gegenüber

zunächst von einer Kündigung aufgrund einer Firmenübernahme (Urk. 10/24/19). Damit sind sowohl

für die Bestimmung des Valideneinkommens als auch des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) heranzuziehen.

Mangels Ausbildung des Beschwerdeführers ist in beiden Fällen auf den Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert), Anforderungsniveau 4, abzustellen. Unter diesen Umständen entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichtes 9C_215/2010 vom 20. April 2010, E. 5.2). Da dem Beschwerdeführer nach dem Gesagten zumindest körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten qualitativ und quantitativ uneingeschränkt zumutbar sind und auch sonst keine Abzugsgründe (vgl. dazu BGE 126 V 75) ersichtlich sind, ist kein Abzug zu gewähren. Es ergibt keine Erwerbseinbusse.

E. 4.6.2

Würde

– mit dem Beschwerdeführer –

dennoch auf das Einkommen bei der ehemaligen Arbeitgeberin abgestellt, ergäbe sich Folgendes:

Gemäss Auskunft der ehemaligen Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2012 Fr. 71'146.-- verdient (Urk. 10/14/3), was gemäss Auszug aus dem persönlichen Konto des Beschwerdeführers (IK-Auszug; Urk. 10/4) nachvollziehbar erscheint. Im Jahr 2013, in welchem

ein Rentenanspruch frühestens entstehen könnte (Art. 29 Abs. 1 IVG), hätte das Valideneinkommen unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung Fr. 71'666.-- betragen (Indexstand 2188 [2012] auf 2204 [2013], vgl. die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 89, Tabelle B 10.3). Wie bereits erwähnt (E. 4.6.1) wäre für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne gemäss LSE, konkret auf den Lohn für Hilfsarbeiten (Zentralwert), Anforderungsniveau 4, von Fr. 4'901.-- (LSE 2010, S. 26, Tabelle TA1, TOTAL, Anforderungsniveau 4) abzustellen. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2013 von 41,7 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft, 3/4-2015, S. 88, Tabelle B 9.2, A-S) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 (Indexstand 2150 [2010] auf 2204 [2013], vgl. die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 89, Tabelle B 10.3) ergibt sich bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 100 % für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 62'851.-- (Fr. 4'901.-- : 40 x 41,7 x 12 : 2150 x 2204). Ein (leidensbedingter) Abzug ist nicht gerechtfertigt. Wird das Valideneinkommen von Fr. 71'666.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 62'851.--

gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbs einbusse von Fr.

E. 4.7

Im Sinne des Gesagten ist die Beschwerde jedenfalls abzuweisen. 5.

5.1

Gestützt auf die einge reichte Unterstützungsbestätigung der Stadt I.____ (Urk. 3) sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zu bejahen . Dem B eschwerdeführer ist die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. 5.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltli chen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 27. Februar 2014 wird dem Beschwerdeführer die un entgeltliche Prozess führung gewährt , und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstMuraro

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

‘ 815 .--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 12 % entspricht.

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