

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01057 vom 22. August 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-08-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01057

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01057 du 22 août 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01057 del 22 agosto 2016

Erwägungen

E. 1

Der 1972 geborene X.____

- gelernter tiermedizinischer Praxisassistent - arbeitete zuletzt vom 1. März 2007 bis 31. Oktober 2012 bei der Y.____ AG in als Maschinenführer (Urk. 8/24). Am 25. November 2010 wurde der Versicherte durch die Krankentaggeldversicherung Zürich Versicherungsgesellschafts AG bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zur Früherfassung gemeldet (Urk. 8/1). Vom 7. Dezember 2010 bis 9. Februar 2011 war der Beschwerdeführer stationär in der Z.____ AG, Privatklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, hospitalisiert (Urk. 8/25).

Auf deren Aufforderung der IV-Stelle hin meldete sich X.____ am 27. Januar 2011 (Eingangsdatum) bei der IV-Stelle wegen Depression zum Leistungsbezug an (Urk. 8/13). Am 25. Februar 2011 erlitt der Versicherte einen Skiunfall und verletzte sich dabei die Schulter (vgl. Akten der Schweizerischen Unfallversicherung SUVA, Urk. 8/45). Vom 3. bis 24. März 2012 befand sich der Versicherte zum zweiten Mal stationär in der Z.____ AG (Urk. 8/29). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und liess den Versicherten durch med. pract. A.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 22. August 2012, Urk. 8/44). Am 29. März 201

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 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. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der

Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.3

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. 1.4

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

E. 1.5

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.

2.1

Die Beschwerdeführerin beurteilte drei verschiedene gesundheitliche Einschränkungen (psychische Situation, Skiunfall vom 25. Februar 2011 und Autounfall vom 29. März 2013) und begründete die Verneinung eines Rentenanspruchs im Wesentlichen damit, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr möglich, ihm hingegen eine behinderungsangepasste Tätigkeit (vorwiegend sitzend) zu 100 % zumutbar sei. So liege bezüglich der psychischen Situation kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor. Der Beschwerdeführer sei nach Ablauf der einjährigen Wartezeit seit dem Autounfall am 29. März 2013 zu 100

% arbeitsfähig in einer behinderungsangepassten Tätigkeit gewesen, was zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 16 % führe. Ein leidensbedingter Abzug rechtfertige sich vorliegend nicht (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, dass auf das psychiatrische Gutachten vom 22. August 2012 abzustellen sei. Aufgrund der schweren depressiven Erkrankung sei er stark eingeschränkt. Allein die Funktionseinschränkung führe zu einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und nicht die psychosozialen Belastungsfaktoren. Die angeblich noch vorhandenen Ressourcen führten nicht zu einer Überwindbarkeit der Depression, da eine mittel- bis schwergradige Depression schon gar nicht überwindbar sei. Der Skiunfall sowie der Autounfall führten zu einer weiteren relevanten körperlichen Einschränkung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zumindest für die Dauer der Akutbehandlung des aus dem Autounfall resultierenden Polytraumas während rund einem Jahr habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Da er ein wöchentliches Pensum von 40 Stunden versehen habe, sei sein Validenlohn auf eine 41.6-Stundenwoche hochzurechnen beziehungsweise sei bei beiden Löhnen auf die se

Hochrechnung zu verzichten. Zudem werde um die Gewährung eines leidensbedingten Abzuges in der Höhe von 25 % ersucht (Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Im Bericht der Z. ___ AG (undatiert, eingegangen am 11. März 2011, Urk. 8/25) wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F 32.2), bestehend seit spätestens November 2010,

festgehalten. Als Nebendiagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine essentielle arterielle Hypertonie (ICD-10: I 10) erwähnt. Der Beschwerdeführer sei vom

7. Dezember 2010 bis 9. Februar 2011 stationär dort hospitalisiert gewesen . Er sei mit einer depressiven Verstimmung mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Antriebs- und Freudlosigkeit eingetreten, nachdem sein Bruder am 14. Februar 2010 nach 5-jähriger Krankheit an Krebs verstorben sei. In F. ___ gebe es 6 Monate nach dem Tod eine Todeszeremonie, wobei er ab diesem Zeitpunkt eine Verschlechterung seiner Stimmung bemerkt habe. Während seine restliche Familie den Tod akzeptieren würde, leide er an Lust-, Kraft- und Antriebslosigkeit und könne sich kaum mehr konzentrieren.

In der bisherigen Tätigkeit als Maschinenführer sei der Beschwerdeführer

seit dem 7. Dezember 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der Einschränkung des Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Antriebsniveaus sei eine starke Verminderung der Leistungsfähigkeit gegeben. Aktuell sei im geschützten, behinderungsangepassten Rahmen eine 50%ige Tätigkeit möglich. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden, doch seien weder Zeitpunkt noch Umfang zurzeit absehbar. Sobald mit der Rückführung an den Arbeitsplatz begonnen werde, sollte dies im Sinne einer sukzessiven Steigerung über Arbeitsversuche erfolgen. Prinzipiell handle es sich um eine reversible Störung, welche im Rahmen des stationären Aufenthaltes bereits teilweise remittiert sei. Die Arbeitsfähigkeit sei prognostisch ungünstig aufgrund der ausgeprägten formalen Denkstörungen, welche vom Ausprägungsgrad an eine Psychose denken liessen. Eine Vollremission sollte sich innert einiger Monate einstellen. Erschwerend sei dabei die psychosoziale Belastung: Trennung von Ehefrau und Kindern, Tod des nahestehenden Bruders an einem Malignom .

E. 3.2

Dem Austrittsbericht der Z. ___ AG vom 24. März 2011 (Urk. 8/29), nach der zweiten Hospitalisation vom 3. bis 24. März 2011 ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F 33.10) zu entnehmen. Seit dem Tod des Bruders leide der Beschwerdeführer unter Schlafstörungen, ausgeprägtem Morgentief, tiefer Traurigkeit und Hoffungslosigkeit. In seinem sozialen Umfeld gebe es nach dem Verlust des Bruders vor allem eine sehr spannungsreiche Ehe . Diese Situation und die Tatsache, dass er im Rahmen der Fürsorge für seinen Bruder die Arbeitsstelle aufgegeben habe, stellten krankheitserhaltende Faktoren für das depressive Geschehen dar . Die depressive Störung sei exazerbiert , nachdem der Beschwerdeführer beim Ski fahren mit seinen Kindern auf die rechte Schulter gestürzt sei und sich dabei eine Clavicula-Luxation zugezogen habe. Nun glaube er, dass er vom Pech verfolgt werde und sei vollkommen am Ende. Alles in seinem Leben sei kaputt und nun sei auch noch sein Körper kaputt gegangen.

E. 3.3

Dr. med. B. ___ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte in ihrem Bericht vom 8. April 2011 (Urk. 8/26) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1) sowie somatisch eine Clavicula-Luxation infolge Skiunfall am 25. Februar 2011. Die Depression bestehe seit circa April 2010 und sei durch den Tod des Bruders, der ihm aussergewöhnlich nahe gestanden und nach 5-jähriger Krebserkrankung gestorben sei, ausgelöst worden. Seither leide er an einer inneren Leere. Als der Beschwerdeführer Ende Oktober 2010 zudem noch einen Fussgänger angefahren habe, habe sich sein schlechtes Befinden noch akzentuiert, da er sich deswegen unangemessen grosse Vorwürfe gemacht habe. Seither sei er nicht mehr

zur Arbeit gegangen. Die Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit erscheine nach psychischer und körperlicher Genesung realistisch.

E. 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Oberarzt am
D.____

nannte in seinem Bericht vom 30. Mai 2011 (Urk. 8/31) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.10) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F. 45.41). Der Beschwerdeführer sei seit März 2011 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Es beständen depressive Symptome, Ängste und Schmerzen im ganzen Körper, welche zu Konzentrations- und Aufmerksamkeitsproblemen sowie zu starker Belastung führten. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden, wobei eine längerfristige Prognose aufgrund der chronifizierten Krankheit schwierig sei.

E. 3.5

Der Bericht der kreisärztlichen Untersuchung der SUVA vom 18. Januar 2012 (Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädie und Unfallverhütung FMH, Urk. 8/45/19-22) hält fest, dass ein Zustand nach geschlossener Reposition des rechten SC-Gelenks wegen dorsaler SC-Luxation rechts vom 25. Februar 2011 vorliege. Bei der Untersuchung seien weder im Bereich der Halswirbelsäule noch im Bereich der Schultergelenke relevante funktionelle Defizite zu erheben. Die Halswirbelsäule sei bezüglich ihres Bewegungsumfanges altersentsprechend, neurologische Ausfälle könnten an den oberen Extremitäten nicht belegt werden. Allenfalls sei eine minime Subluxationsstellung des rechten SC-Gelenks tastbar. Die bildgebenden Befunde dokumentierten die damalige SC-Gelenkluxation vom 25. Februar 2011 ohne relevante Zeichen einer Arthrose. Bei weitgehend klinisch unauffälligen Verhältnissen sei vom medizinischen Endzustand auszugehen. Bezüglich der Zumutbarkeit sei der Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ganztags ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 Kilogramm bis Hüfthöhe und 10 Kilogramm bis Schulterhöhe leistungsfähig. Häufige Überkopfarbeiten seien aus dem Leistungsprofil auszuschliessen.

E. 3.6

Dr. A.____ führte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 22. August 2012 (Urk. 8/44) als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige bis schwere depressive Störung (ICD-10: F 32.2) mit stark regressiver Tendenz an. Der Beschwerdeführer sei in einer Kleinstadt in F.____ aufgewachsen. Er sei das mittlere von drei Kindern gewesen. Die Kindheit werde als glücklich und unproblematisch beschrieben. Der Beschwerdeführer habe eine Ausbildung als Tierarzt-Assistent abgeschlossen. Wegen des Kriegsausbruchs im damaligen G.____ sei er zusammen mit seinem um zwei Jahre älteren Bruder im Jahre 1991 nach H.____ ausgewandert und schliesslich, nachdem er für einige Jahre in die Heimat zurückgekehrt sei, dem Bruder in die Schweiz gefolgt, der hier eine eigene Familie gegründet habe. Der Beschwerdeführer habe seine damalige Freundin, als diese, kurz nachdem er sie kennengelernt habe, schwanger geworden sei, Anfang 1997 geheiratet. Die Beziehung zu seiner Frau sei seit jeher konfliktreich gewesen. Die Partnerin habe ihm vorgeworfen, dass er zu viel Zeit mit seinem Bruder und zu wenig mit der Familie

verbringen würde. Die Situation habe sich weiter verschärft, als der Bruder im Jahre 2005 schwer erkrankt sei und er sich deswegen noch intensiver um ihn gekümmert habe. Vorübergehend habe sich der Beschwerdeführer sogar von seiner Frau getrennt, nachdem diese zwischen 2006 und 2008 eine Ausenbeziehung eingegangen sei. Einige Monate nach dem Tod des Bruders im Februar 2010 beschreibe der Beschwerdeführer das Aufkommen einer zunehmenden Lethargie und Lustlosigkeit, ein stark vermehrtes Schlafbedürfnis, eine erhöhte Ermüdbarkeit sowie ein spürbares Abfallen der Konzentrationsfähigkeit, was schliesslich auch zu einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Ab November 2010 habe er eine ambulante psychiatrische Behandlung aufgenommen, bei welcher eine depressive Störung diagnostiziert worden sei. Eine kurze Zeit später notwendig gewordene, stationär-psychiatrische Behandlung habe nur zu einer vorübergehenden, geringgradigen Verbesserung geführt.

Diagnostisch dürfte die depressive Erkrankung mit offensichtlichen formalen Denkstörungen, Konzentrationsstörungen, einer spürbaren Affektverflachung, der deutlich erhöhten Erschöpfbarkeit sowie der passiven Suizidalität klar im Vordergrund stehen. Teilweise erinnerten einzelne Symptome wie die geschil derten, überwertigen Verschuldungsideen sogar ein wenig an eine aufkom mende (prä-)psychotische Symptomatik. Inwieweit die ebenfalls zu beobachtende starke Regressionstendenz mit dem erhöhten Schlafbedürfnis und der subjektiven Unfähigkeit, sich an irgendwelchen Haushaltsarbeiten oder anderen Verpflichtungen zu beteiligen, als Ausdruck einer zusätzlich vorhandenen neu rotischen Störung (im Sinne einer Neurasthenie) zu werten sei, könne nicht abschliessend gesagt werden. Zumindest könne davon ausgegangen werden, dass bei durchaus noch vom Beschwerdeführer gepflegten sozialen Interaktionen eine zumindest geringe Überwindbarkeit der Passivität und Erschöpfung erwartet werden könne. Allerdings dürften die Einschränkungen im Alltag hauptsächlich durch das deutliche depressive Zustandsbild bedingt sein.

In einer Tätigkeit wie der bisherigen als Maschinenführer, in der ein hohes Mass an Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gefragt ist, in der flexibel und rasch auf wechselnde Problemstellungen eingegangen werden muss, könne von einer mindestens 80%igen Arbeitsunfähigkeit seit Anfang November 2010 ausgegangen werden. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit, die hauptsächlich von Routineabläufen geprägt ist und in der geringe Ansprüche an die Konzentrationsfähigkeit bestehen, dürfe ebenfalls seit November 2010 von einer um circa 60 % reduzierten Leistungsfähigkeit (40%ige Arbeitsfähigkeit) ausgegangen werden. Aus medizinisch-therapeutischer Sicht mache es Sinn, die bereits begonnene ambulante psychiatrische Behandlung weiterzuführen. Ob sich damit eine wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erreichen lasse, könne nicht abschliessend beantwortet werden. Da sich der Beschwerdeführer selber nicht in der Lage sehe, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen, seien Reintegrationsbemühungen erfahrungsgemäss kaum von Erfolg gekrönt. Im Grossen und Ganzen seien die Angaben in den vorhandenen medizinischen Berichten konsistent. Dass der ambulant behandelnde Arzt Dr. C.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätige, hänge möglicherweise damit zusammen, dass Ärzte häufig ihren Patienten gegenüber eine empathische und wenig kritische Haltung einnehmen und deshalb dazu neigten, deren subjektive Einschätzung zu übernehmen. Im persönlichen Gespräch habe sich Dr. C.____ der im Gutachten festgehaltenen, differenzierten Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit weitgehend angeschlossen. Eine somatoforme Schmerzstörung, wie sie im letzten Bericht von Dr.

C.____ angetönt worden sei, spiele aus gutachterlicher Sicht - wenn überhaupt - nur eine stark untergeordnete Rolle im Krankheitsgeschehen. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit beruhe hauptsächlich auf einem psychischen Leiden mit Krankheitswert. Hinweise auf das Vorhandensein einer Suchterkrankung lägen nicht vor.

E. 3.7

Der Verlaufsbericht der Z.____ AG (undatiert, eingegangen am 23. Dezember 2012, Urk. 8/36) führte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, bestehend seit

mindestens November 2010 (ICD-10: F 32.2) auf. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben die arterielle Hypertonie (essentiell, ICD-10: I 10) und der Status nach Clavicula-Luxation im März 2011. Grundsätzlich sei die depressive Störung unter konsequenter Therapie prognostisch positiv zu beurteilen. Der Beschwerdeführer habe aber mit dem Ende seiner Beziehung zur Ehefrau und dem Verlust der Arbeit psychosoziale Belastungsfaktoren, die den Verlauf wesentlich beeinflussen würden. Die Depression sei bereits im Rahmen der Erst-Hospitalisation teilweise remittiert; zudem sei seit der Beendigung der zweiten Hospitalisation kein weiterer stationärer Aufenthalt bekannt. Daher könne für den konkreten Fall ebenfalls von einer positiven Prognose und der Möglichkeit zur vollständigen Remission ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht seien zum Zeitpunkt des Austritts (Ende März 2011) insbesondere Konzentrationsstörungen sowie leichte Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen im Vordergrund gestanden, welche bei der Ausübung der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer eine erhöhte Unfallgefahr darstellte. Zudem habe sich der Beschwerdeführer affektiv immer noch sehr niedergeschlagen gezeigt und habe neben ausgeprägten Schlafstörungen insbesondere an starkem Antriebsmangel gelitten, was eine regelmässige Teilnahme am Arbeitsprozess nicht konsequent ermöglicht habe. Im geschützten Rahmen sei aber eine 50%ige Arbeitsfähigkeit weiterhin gegeben.

E. 3.8

Im Bericht vom 3. Mai 2013 der Klinik für Unfallchirurgie des I.____ (I.____ , Urk. 8/55) , wo sich der Beschwerdeführer vom 6. bis 10. Mai 2013 stationär aufhielt , wurden folgende Diagnosen gestellt:

1.

Polytrauma nach Autounfall am 29. März 2013

2.

Thoraxtrauma

-

Rippenserienfraktur 2-9 links

-

Rippenserienfraktur 3-7 rechts

3.

Status nach offener Tibiakopffraktur und Patellatrümmerfraktur rechts

-

Status nach Débridement ,

Reinsertion der Patellarsehne, Resektion

lateraler Meniskus; Osteosynthese Tibiakopf und Anlage Fixateur

Externe am 29. März 2013

-

Status nach Transfusion von 5 Erythrozytenkonzentraten

4.

Weichteilverletzung linke Hand

5.

Psychiatrische Diagnosen

-

Delir (ICD-10: F 05)

-

Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10: F 43.9)

-

anamnestisch rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F 33.9)

Nach der Operation am 7. Mai 2013 (Entfernung des Fixateur externe) habe sich ein komplikationsloser postoperativer Verlauf mit stets guter Schmerzkomensation gezeigt. Vom 6. Mai bis 20. Juni 2013 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 3.9

Am 17. Juli 2013 beantwortete der Gutachter A.____ ergänzende Fragen zu seinem psychiatrischen Gutachten vom 22. August 2012 (Urk. 8/61) und hielt fest, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung beim Beschwerdeführer ein mittel- bis schwergradig depressives Zustandsbild vorgelegen habe. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit leite sich von den Funktionseinschränkungen, bedingt durch die depressive Symptomatik ab. Die psychosozialen Belastungsfaktoren (Tod des Bruders, familiäre beziehungsweise Eheprobleme) seien in keiner Art und Weise in die versicherungsmedizinischen Überlegungen, was die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit betreffe, einbezogen worden. Es sei zwar denkbar, dass die psychosozialen Faktoren einen die Krankheit aufrecht erhaltenden Einfluss ausüben. Sie seien aber nicht der Grund der Arbeitsunfähigkeit. Entsprechend ändere sich an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nichts.

E. 3.10

Dr. C.____

hielt in seinem Verlaufsbericht vom 30. August 2013 (Urk. 8/63) an den bisher gestellten Diagnosen

einer rezidivierenden depressiven Störung , gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.10) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F 45.41) fest und

ergänzt e diese um das am 29.

März 2013 erlittene Polytrauma. Der Beschwerdeführer zeige weiterhin eine sehr bedrückte Stimmung, Zukunftsängste und Freud- sowie Perspektivlosigkeit. Aufgrund seiner Diagnose, dem Verlauf und dem jetzigen Zustand sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig für den offenen Arbeits markt.

E. 3.11

Der Bericht de r Klinik für Unfallchirurgie des I.____ vom 25. Februar 2014 (Urk. 8/69) führt e folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

1.

Pseudarthrose des Tibiakopfes rechts nach Plattenosteosynthese bei offener Tibiakopffraktur vom 29.

März 2013 (fecit in Budapest)

-

OSME laterale Tibia, Pseudarthrosenresektion , Rekonstruktion mittels medialer und lateraler LCP- und

Zugschraubenos t eosynthese, De fektauffüllung mit autologer

Spongiosa (rechter Beckenkamm) und 40 cc Grafton

Putty am

25. Oktober 2013

2.

Status nach Patellatrümmerfraktur und Zuggurtungsosteosynthese vom

15. April 2013

Der Beschwerdeführer habe sich für die Operation am 25. Oktober 2013 vom 24. Oktober bis 8. November 2013 im I.____ befunden. Vom 23. Januar bis 6. März 2014 sei er wiederum zu 100 % arbeitsunfähig. Dass er sein rechtes Bein nicht voll belasten könne, verunmögliche aktuell die bisherige Tätigkeit als Maschinenführer. 4.

Die drei verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihre jeweiligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind gesondert zu prüfen.

4.1

4.1.1

Der Gutachter A.____ stellte in seinem Guta chten vom 2 2. August 2012 (Urk. 8/44) die Diagnose einer mittelgradigen bis schweren Störung (ICD-10 : F 32.2) mit stark regressiver Tendenz und attestierte dem Beschwerdeführer auf grund der aus der depressiven Symptomatik resultierenden Funktionseinschrän kungen eine 40%ige Arbeitsfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeiten. Zudem stellte er klar, dass die offenkundig vorliegenden psychosozialen Belas tungsfaktoren (Tod des Bruders, familiäre beziehungsweise Eheprobleme) keinen Einfluss auf die versicherungsmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hätten (Urk. 8/61). 4.1.2

Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Der Umstand allein, dass psychosoziale oder soziokulturelle Umstände bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung eine wichtige Rolle spielten, tangiert deren Anspruchserheblichkeit nicht. Keine invalidisierende Gesundheitsschädigung ist indessen gegeben, wenn der medizinische Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Belastungen aufgehen. Denn in einem solchen Fall stellen sich diese als direkte Ursache der Einschränkung im Leistungsvermögen dar; sie sind nicht bloss pathogenetisch bedeutsam. Am rechtlich vorausgesetzten Kausalzusammenhang mit einer selbständigen Gesundheitsschädigung fehlt es daher, solange noch zu erwarten ist, dass mit einem Wegfall der belastenden Lebensumstände unmittelbar auch die (somit nicht verselbständigte) psychische Störung verschwinden werde. Die massgebende Ursache für Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG bestimmt sich mitunter auch nach dem Leitsatz, dass eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert umso ausgeprägter vorhanden sein muss, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen (Urteil 9C_140/2014 vom 07. Januar 2015, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen). Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon 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 (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichtes 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2). Auch kann eine depressive Symptomatik chronifiziert, damit durchaus verselbständigt sein und dennoch im Rahmen des gesamten Beschwerdebildes nicht genug ins Gewicht fallen, als dass auf eine längerdauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 f. ATSG) geschlossen werden dürfte. Diesfalls stellt sich das Problem der gutachtlichen Abgrenzung und Quantifizierung eigenständiger Beiträge der sozialen Faktoren nicht. Das gilt auch im umgekehrten Fall, wenn eine deutlich ausgeprägte psychische Störung "konkurrierende" soziale Faktoren in den Hintergrund drängt. Diese sind alsdann so eng mit der Gesundheitsschädigung und ihren funktionellen Auswirkungen verbunden, dass es sich rechtfertigt, den gesamten Ursachenkomplex der Folgenabschätzung zugrunde zu legen: In diesem Sinne können sich soziale Umstände – mittelbar – invaliditätsbegründend auswirken, indem sie eine (verselbständigte) Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern. In diesen Konstellationen tragen die als solche nicht versicherten sozialen Faktoren zum Umfang der verselbständigten Gesundheitsschädigung bei (Urteil 9C_140/2014 vom 07. Januar 2015, E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

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, Gequältsein 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).

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 insbesondere, 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). 4.1.3

Das psychiatrische Gutachten vom 22. August 2012 (Urk. 8/44) basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter A.____ hat detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und seine Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem psychiatrischen Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5). 4.1.4

Die vom Gutachter diagnostizierte mittelgradige bis schwere depressive Störung (ICD-10: F 32.2) mit regressiver Tendenz überzeugt angesichts des Verlaufs der depressiven Erkrankung. So steht fest, dass beim Beschwerdeführer seit Jahren eine depressive Erkrankung vorliegt, welche durch den Tod seines ihm nahestehenden Bruders im Februar 2010 nach 5-jähriger Krebserkrankung ausgelöst wurde. Nachdem sich sein schlechtes Befinden aufgrund eines Verkehrsunfalls im Oktober 2010 akzentuiert hatte, begab sich der Beschwerdeführer sogleich am 1. November 2010 bei Dr. B.____ in psychiatrische Behandlung (Urk. 8/26/2). In ihrem Bericht vom 8. April 2011 hielt diese fest, dass sich zu Beginn der Behandlung eine schwere depressive Symptomatik gezeigt habe, welche

schliesslich als mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1) diag nostiziert wurde. Die weitere Entwicklung des depressiven Geschehens machte eine zweimalige stationäre Hospitalisation in der Z.____ AG notwen dig , wo anfänglich eine schwere depressive Episode (Urk. 8/25) und nach einem Skiunfall mit Schulterverletzung eine rezidivierende depressive Störung (Urk. 8/29) diagnostiziert wurde. Zudem liegen ausgeprägte Symptome wie for male Denkstörungen, Konzentrationsstörungen, spürbare Affektverflachung, deutlich erhöhte Erschöpfbarkeit sowie passive Suizidalität vor, welche ein durchaus schweres psychopathologisches Zustandsbild darstellen. Diese ausgeprägten Befunde sprechen für das Vorliegen einer schweren depressiven Erkrankung. Die Tatsache, dass das klinische Behandlungsbild mit anfänglich guter Prognose trotz adäquater ambulanter psychiatrischer Behandlung sowie zwei maliger stationärer Hospitalisation in der Z.____ AG (vom 7. Dezember 2010 bis 9. Februar 2011 und vom 3. bis 24. März 2011, vgl. E. 3. 1-2) nur zu einer geringgradigen Verbesserung geführt hat, bestätigt die gutachterliche Einschätzung hinsichtlich des Vorliegens einer „ Störung “ ; dies im Gegensatz zu einer nur vorübergehenden „ Episode “ . Einer solchen aus geprägten psychiatrischen Diagnose kann aus rechtlicher Sicht regelmässig eine invalidisierende Wirkung beigemessen werden (vgl. E. 4.1.2).

Ausser Frage steht aber auch, dass die vorhandenen psychosozialen Belastungs faktoren - dabei insbesondere der Tod des Bruders, aber auch die konfliktgela dene Ehe - bei der Entstehung und Aufrechterhaltung beziehungsweise Ver schlimmerung des aktenkundigen psychischen Beschwerdebildes eine massge bliche Rolle spielten.

Der Gutachter A.____

hält diesbezüglich in seinem psychi atrischen Gutachten ausdrücklich fest, dass sich die Beurteilung der Arbeitsfä higkeit von den durch die depressive Symptomatik bedingten Funktionsein schränkungen ableite und nicht von den psychosozialen Belastungsfaktoren abhänge (vgl. U rk. 8/44 und insbesondere Urk. 8 /61). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 2) reichen die beim Beschwerdeführer vor handenen Ressourcen (soziale Kontakte) nicht, um die vorliegende Störung zu überwinden. So relativiert auch der begutachtende Psychiater die zumindest geringe Überwindbarkeit der Passivität und Erschöpfung mit dem Hinweis, dass die Einschränkungen hauptsächlich durch das - verselbständigte - depressive Zustandsbild bedingt sei (Urk. 8/44/12).

Festzuhalten ist, dass - in Übereinstimmung mit der gutachterlichen Einschät zung - eine somatoforme Schmerzstörung, wie sie im Bericht von Dr. C.____

diagnostiziert wurde (vgl. E. 3.4), im vorliegenden Krankheitsgeschehen nur eine stark untergeordnete Rolle spielt, weshalb nicht weiter auf diese Thematik einzugehen ist. 4.1.5

Beruhend auf dem psychischen Leiden mit Krankheitswert überzeugt auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, wonach beim Beschwerdeführer in seine r bisherige n Tätigkeit als Maschinenführer eine mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit (von Routineabläufen geprägt und mit geringen Ansprüchen an die Konzentrationsfähigkeit) eine 40%ige Arbeitsfähigkeit besteht, dies jeweils seit November 201 0. Diese versi cherungsmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wird auch von der Z.____ AG geteilt, indem diese eine 50%ige Arbeitsfähigkeit - jedoch in geschütztem Rahmen - als realistisch erachtet (Urk. 8/25 und Urk. 8/36). Dass alleine der behandelnde Psychiater Dr. C.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, lässt sich durch die Erfahrungstatsache erklären , dass Hausärzte und Hausärztinnen mitunter im

Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb ihre Aussagen mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 353 E. 3b7cc, BGE 122 V 160 E. 1c, je mit Hinweisen). 4.1.6

Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seit Oktober 2010 (vgl. Urk. 8/2, Urk. 8/13/7, Urk. 8/19/9)

für seine bisherige Tätigkeit als Maschinenführer zu mindestens 80% arbeitsunfähig ist, ihm aber spätestens seit dem Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns (1. Oktober 2011 , vgl. Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG und Art. 29 Abs. 1 IVG , vgl. nachfolgend E. 5.1) eine angepasste Tätigkeit, die hauptsächlich von Routineabläufen geprägt ist und in der geringe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit bestehen, zu 40 % zumutbar ist. 4.2

Eine weitere detaillierte Auseinandersetzung mit den somatischen Beschwerden und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit dem Skiunfall vom 25. Februar 2011 und dem Autounfall vom 29. März 2013 erübrigt sich vorliegend, da der Beschwerdeführer - wie nachfolgend anhand einer Invaliditätsbemessung unter E. 5 aufzuzeigen sein wird - bereits allein aufgrund seiner psychischen Beeinträchtigung einen Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 5. 5.1

Anhand eines Einkommensvergleichs ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222). Das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG endete am 12. Oktober 2011, nachdem er seit dem 13. Oktober 2010 durch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen war (vgl. E. 4.1.6). Im Weiteren meldete sich der Beschwerdeführer am 27. Januar 2011 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 8/13), womit die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im Juni 2011 endete und der frühestmögliche Rentenbeginn noch im Jahr 2011 liegt. 5.2

5. 2 .1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

Der bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigenden ausgeglichenen Arbeitsmarktlage (Art. 16 ATSG) ist grundsätzlich auch bei der Festsetzung des Validenlohnes Rechnung zu tragen, wobei auf die Ergebnisse der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). 5. 2 .2

Als Validenlohn ist dem Einkommensvergleich der Jahreslohn, welchen der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall im Jahr 2011 bei der Y.____ AG erzielt hätte, zugrunde zu legen. Gemäss Arbeitgeberauskunft vom 1. März 2011 (Urk. 8/24) hätte der

Beschwerdeführer bei einem 100%-Pensum im Jahr 2011 Fr. 73'720.-- verdient . 5. 3 5. 3 .1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb , vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) aus zugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzuges vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3 . 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2). 5. 3 .2

Vorliegend ist zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne abzustellen, da der Beschwerdeführer seine ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann und keine neue Tätigkeit aufgenommen hat. Aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des

Bundesamtes für Statistik (LSE 2010) ergibt sich als Zentralwert für Arbeitnehmer des Anforderungsprofils 4 (einfache und repetitive Arbeiten) im privaten Sektor ein Bruttomonatslohn

in der Höhe von Fr. 4'901.-- (Tabelle TA 1, Ziff. 1-96, S. 26). In Anbetracht der betrieblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. die Volkswirtschaft 9 -2013, S. 95, Tabelle B 9.2)

und in Anpassung an die Nominallohnentwicklung für Männer resultiert für das Jahr 2011 ein Einkommen von Fr. 61'882.-- (Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41.7 : 2151 x 2171 [vgl. die Volkswirtschaft 9 -2013, S. 95, Tabelle B 10.3]) beziehungsweise 24'753.-- bei einem 40%-Pensum.

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 14) ändert ein konkret erzielter Validenlohn, der im Rahmen einer 40-Stundenwoche erzielt wurde, nichts daran, dass das hypothetische Invalideneinkommen gestützt auf statistische Werte und damit auch auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahre 2011 zu berechnen ist. 5. 3. 3

Der Beschwerdeführer verlangt einen Leidensabzug in der Höhe von 25 %, da er aufgrund seiner psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen auf dem Arbeitsmarkt stark eingeschränkt sei (Urk. 1 S. 14).

Ob und in welchem Umfang ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, liegt im pflichtgemässen Ermessen der Verwaltungsbehörde. Bei der Überprüfung des gesamthaft vorzunehmenden Abzuges, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nur bei Vorliegen von triftigen Gründen an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin im Einkommensvergleich vom 20. Mai 2014 (Urk. 8/ 71) hat der Beschwerdeführer aufgrund der behinderungsbedingten Einschränkungen, welche sich im - aus psychiatrischer Sicht erstellten - medizinischen Zumutbarkeitsprofils (angepasste Tätigkeit, welche hauptsächlich von Routineabläufen geprägt ist und in der geringe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit bestehen) widerspiegeln, mit einer Lohneinbusse zu rechnen. Deshalb rechtfertigt es sich vorliegend, einen leidensbedingten Abzug von 10 % zu gewähren. 5. 4

Die Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergibt - unter Berücksichtigung eines Leidensabzuges von 10 % (vgl. E. 5.3.3) - eine Erwerbseinbusse von Fr. 51'442.-- (Fr. 73'720.-- - Fr. 22'278.-- [Fr. 24'753.-- x 0.9]) und führt somit zu einem Invaliditätsgrad von gerundet 70 % (69.78 %)

und berechtigt zu einer ganzen Rente (vgl. E. 1.3). 6. 6.1

Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 6.2

Angesichts des noch jungen Alters des Beschwerdeführers und der nach wie vor durchaus positiven Prognose (vgl. unter anderem Urk. 8/36) erscheint es angezeigt, die weitere Entwicklung der psychischen Erkrankung in regelmässigen Abständen auf revisionsrechtlich relevante Veränderungen hin zu überprüfen. 7.

7.1

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist dem Beschwerdeführer

–

entsprechend der eingereichten Honorarnote vom 7. April 2016 (Urk.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

), wobei der Aufwand als angemessen erscheint - eine Prozessentschädigung von Fr. 2'539.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. 7.3

Entsprechend erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtspflege als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle vom 18. September 2014 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2011 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, dem Beschwerdeführer

eine Prozessentschädigung von Fr. 2'539.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marcel Bühler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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