

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00104 vom 9. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00104

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00104 du 9 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00104 del 9 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, war zuletzt von Januar 2007 bis März 2011 bei der Y.____ SA als Buffetmitarbeiter tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 22. Dezember 2010 war (Urk. 9/12 Ziff. 2.1, Ziff. 2.3 und Ziff. 2.4).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 6 ATSG).

E. 1.2

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 6 ATSG).

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. 6 ATSG) sind.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

0. März 2015

(Urk. 10)

wurde nun antragsgemäss (vgl. Urk. 10).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung mit der Begründung, dass

gestützt auf das eingeholte Gutachten kein namhafter, eigenständiger, länger andauernder psychischer oder somatischer Gesundheitsschaden mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen sei (Urk. 2 S. 1 unten, S. 2 oben). Die im Gutachten genannte Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt stelle kein invalidisierendes Leiden dar (Urk. 8).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in seiner Beschwerde (Urk. 1) demgegenüber geltend, seit einer Herzoperation im Jahr 2012 an psychischen Problemen zu leiden. Zudem leide er an einem Diabetes und habe er Probleme mit den Füßen und dem Rücken. Da er keine körperliche Arbeit mehr ausüben könne und dürfe, er aber noch sehr lange arbeiten wolle, benötige er eine Umschulung.

In seiner ergänzenden Eingabe vom 15. April 2015 (Urk. 12) führte der Beschwerdeführer aus, dass sich bei ihm

aufgrund seiner diversen

körperlichen Leiden eine Angst entwickelt habe. Von den vielen Medikamenten, die er täglich einnehmen müsse, sei er wie benebelt. Er fühle sich nicht imstande, eine Arbeitsleistung von 100 % zu erbringen. Sehr gerne würde er einer leichten, 50%igen Arbeit nachgehen oder eine Umschulung machen.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung. 3. 3.1

Vom 6. bis 14. August 2012 war der Beschwerdeführer im Stadtspital A.____ hospitalisiert, wo bei diagnostizierter koronarer Herzerkrankung ein dreifacher aortokoronarer Bypass (ACB P) gelegt wurde (vgl. Bericht vom 9. August 2012, Urk. 9/18/6-8, sowie Operationsbericht vom 8. August 2012, Urk. 3/6).

Am 30. Oktober 2012 (Urk. 9/18/9-10) berichteten die Kardiologen des Stadtspitals A.____ von einem erfreulichen postoperativen Verlauf. Nach durchgeführter Rehabilitation könne der Beschwerdeführer nun beschwerdefrei eine altersentsprechend normale Leistung erbringen (S. 2 oben). 3.2

Am 10. Januar 2013 begab sich der Beschwerdeführer

in die Fussprechstunde der Uniklinik B.____, wo gemäss Bericht vom 18. Januar 2013 (Urk. 9/18/11-12)

nach gleichentags durchgeführter Magnetresonanztomographie (MRI) des rechten Fusses folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1 Mitte): - chronische Rückfusschmerzen bei - Knick-/Senkfuss beidseits bei - Status nach rezidivierenden Distorsionen des oberen Sprunggelenks (OSG) mit wenig arthrotischen Veränderungen im OSG - Weichteilschwellung medialer Strahl rechts

Die Ärzte führten aus, die vom Beschwerdeführer geklagten belastungsabhängigen Beschwerden vor allem plantarseits (vgl. S. 1 unten) rührten am ehesten von

der Knick-/Senkfuss-Deformität her. Zusätzlich zur vorhandenen Schuheinlagenversorgung werde eine konservative Behandlung im Sinne einer zweiwöchigen analgetischen Therapie sowie physiotherapeutisch - lokalanästhetischer Therapie empfohlen. Bei Beschwerdepersistenz solle sich der Beschwerdeführer erneut melden, um allenfalls eine operative Versorgung des Platt-/Senkfusses ins Auge zu fassen (S. 2). 3.3

Am 26. Juli 2013 (Urk. 9/15/3-4) berichteten die Orthopäden der Uniklinik B.____, der Beschwerdeführer leide weiterhin an belastungsabhängigen plantarseitigen Schmerzen im Bereich des Mittelfusses und unterhalb des Malleolus medialis, welche aufträten, wenn er viel gehe, stehe oder jogge (S. 1 unten). Die analgetische Therapie und die Physiotherapie hätten zu keiner Besserung der Beschwerden verholfen. Der Beschwerdeführer trage Einlagen in Sandalen aus seinem Herkunftsland und in den geschlossenen Schuhen Einlagen, welche in der Schweiz angepasst worden seien. Unverändert bestehe ein deutlicher Knick-Senkfuß beidseits linksbetont. Aufgrund einer am 25. Juni 2013 erlittenen lateralen Bandruptur links (vgl. S. 1 Mitte) werde eine Ruhigstellung für vier Wochen in einem OSG-Softcast empfohlen (S. 2). 3.4

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, berichtete am 7. August 2013 (Urk. 9/18/1-5), den Beschwerdeführer seit dem Jahr 2006 zu behandeln (Ziff. 1.2). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - ACBP im August 2012 - stark angstbetonte Depression - chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) seit 2012 - rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom - chronische Rückfusschmerzen rechts

Für die Tätigkeit in einem Nachtlokal attestierte Dr. C.____ dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit seit 27. Mai 2012 (Ziff. 1.6). Er führte aus, der Beschwerdeführer könne keine körperlich belastenden Tätigkeiten und wegen der Rauchexposition keine Tätigkeiten im Gastgewerbe mehr ausüben (Ziff. 1.7). Stark limitierend seien die grossen Ängste. Die Psychotherapien und Psychopharmaka hätten bisher lediglich eine leichte Verbesserung gebracht. Seiner Meinung nach sollte unbedingt eine Umschulung erfolgen. Insgesamt denke er, dass der Beschwerdeführer intelligent genug sei, um auch eine intellektuelle Tätigkeit mit körperlicher Wechselbelastung zu mindestens 50 % ausüben zu können (S. 5 Mitte). 3.5

Am 25. September 2013 (Urk. 9/28) berichteten die Ärzte der Psychiatrischen D.____, Zentrum für Soziale Psychiatrie, Ambulatorium Militärstrasse, der Beschwerdeführer stehe seit 8. April 2013 in ihrer ambulanten Behandlung (Ziff. 1.2). Als (psychiatrische) Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), bestehend seit mindestens April 2013 (Ziff. 1.1). Sie führten aus, es bestehe eine deutliche Minderung der Belastbarkeit aufgrund der psychischen Erkrankung. Die gegenwärtige gesundheitliche Situation mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % werde durch ein Zusammenspiel körperlicher und psychischer Faktoren bedingt. Eingeschränkt seien insbesondere die Belastbarkeit und der Antrieb, rein psychisch die Stimmung und Kognition (Ziff. 1.7).

Aktuell bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, die jedoch im weiteren Verlauf unter ambulanter Begleitung zunehmend verbessert werden könne. Wenn der körperliche Zustand des Beschwerdeführers es zulasse, scheine ein Wiedereinstieg in etwa zwei Monaten zum Beispiel mit einem Pensum von 50 % möglich (Ziff. 1.7). 3.6

Am 2. Juni 2014 erstatteten die Ärzte der MEDAS Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 9/41/1-32). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S.

5

ff.), ihre am 12.,

14. und 19. März

2014 durchgeführten Untersuchungen in den Fachbereichen Psychiatrie (S. 9 ff.),

Orthopädie (S.

22 ff.) und Allgemeine Innere Medizin (S.

29 ff.)

sowie ein extern eingeholtes kardiologisches Teilgutachten vom 8. April 2014 (Urk. 9/41/33-34; vgl. S. unten).

Als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2).

Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Persönlichkeitsakzentuierung, einen Diabetes mellitus, ein Asthma bronchiale, einen Knick-/Senkfuss beidseits, links betont, eine Lumbago sowie eine koronare Herzerkrankung mit Status nach Dreifach-ACB-Operation im August 2012 mit sehr gutem postoperativem Resultat (S. 20 Mitte).

Die Gutachter führten aus, es hätten sich ausschliesslich auf psychiatrischem Fachgebiet leichte Einschränkungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Restaurantmitarbeiter/Bufettkraft ergeben (Gesamtarbeitsfähigkeit 80%), wobei jedoch im Rahmen einer Eingewöhnung und eines Belastungsaufbaus theoretisch-medizinisch eine volle Arbeitsfähigkeit (Gesamtarbeitsfähigkeit 100%) binnen sechs Monaten (IV-Massnahme) zu erreichen sei. Aus internistischer, kardialer und orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Auch für angepasste Tätigkeiten bestehe aktuell eine Arbeitsfähigkeit von 80% (reduzierte Leistungsfähigkeit bei zumutbarer ganztätiger Präsenz), allerdings nur bis zum Abschluss der IV-Massnahmen. Dann sei wie der mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 20 unten).

In Bezug auf das Mini-ICF ergäben sich nur noch geringe Hinweise auf leichte Störungen der Kontextfaktoren und der Partizipation. Allenfalls sei die Durchhaltefähigkeit noch reduziert. Darüber hinaus sei der Beschwerdeführer jedoch kontaktfähig, durchaus flexibel und umstellungsfähig. Er sei verkehrs- und wegfähig. Er könne Entscheidungen treffen und Urteile fällen. Die leichten Defizite könnten von ihm gut überwunden werden (S.

20 unten). Nachtdienste und Akkordarbeit sollten vermieden werden. Auch sollte darauf geachtet werden, dass aufgrund der leichten Impulskontrollstörung die hierarchischen Strukturen nicht so ausgeprägt seien. Der Beschwerdeführer sollte eine wohlwollende Atmosphäre vorfinden, die ihn fördere und ihm helfe, in den Arbeitsprozess zurückzufinden. Aus psychiatrischer Sicht bestünden gegenwärtig nur geringe objektive Einbussen, welche die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit nicht verunmöglichten. Eine solche sei jedoch von motivationalen Faktoren abhängig. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer nicht eingeschränkt, solange er die verordneten Einlagen trage (S. 21

oben).

Die Prognose sei günstig. Gewisse negative Prädikatoren ergäben sich vorrangig aus psychosozialen Belastungsfaktoren und der zu niedrigen Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche sich durch medizinische Faktoren nicht hinreichend erklären lasse. Zur Einübung und zum Belastungsaufbau werde eine berufliche Integrationsmassnahme empfohlen (S. 21 Mitte). 3.7

Oberärztin Dr. med.

E.____, D.____, Zentrum für Soziale Psychiatrie, berichtete am 14. November 2014 (Urk. 9/56/2-3), beim Beschwerdeführer bestehe aktuell eine leichtgradige depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung. Aufgrund von multiplen somatischen Diagnosen (dreifacher ACBP, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Dyslipidämie) bestehe beim Beschwerdeführer eine ausgeprägte Angst vor einem erneuten beruflichen Wiedereinstieg mit der grossen Sorge, dass er kardial nicht belastbar genug sei. Aus somatischer Sicht sei eine gewisse Einschränkung der Belastbarkeit vorhanden, dennoch gingen die Sorgen des Beschwerdeführers sicherlich darüber hinaus. Aus psychiatrischer Sicht sei daher ein Belastbarkeits- und Aufbautraining unterstützt durch die Beschwerdegegnerin sehr sinnvoll. 3.8

Am 25. November 2014 (Urk. 9/56/1) berichtete Dr. C.____ (vorstehend E.

3.4), neben verschiedenen anderen Erkrankungen habe der Beschwerdeführer Probleme mit beiden Füessen. Deswegen sei er zurzeit immer noch in der Uniklinik B.____ in Behandlung. Möglicherweise sei nächstens auch eine Operation vorgesehen. Wegen der Fussprobleme sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, in seiner früheren Tätigkeit im Gastgewerbe zu arbeiten und benötige er berufliche Massnahmen (Berufsberatung, Umschulung etc.), um wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden zu können. 4.

E. 4

und Urk.

E. 4.1

Im März und April 2014 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin bei der MEDAS Z.____ veranlassten interdisziplinären Abklärung allseitig untersucht. Das im Juni 2014 erstattete Gutachten (vorstehend E. 3.6) wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben,

berücksichtigt die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers

und

stützt sich auf die von den Gutachtern sorgfältig erhobenen allgemeinmedizinisch-internistischen (Urk. 9/41/30

f.), kardiologischen (Urk. 9/41/33 ff.), orthopädischen (Urk. 9/41/24 ff.) und psychiatrischen (Urk. 9/41/13 f.) Befunde.

E. 4.2

Die allgemeinmedizinisch-internistische Untersuchung ergab einen diätetisch eingestellten Diabetes mellitus sowie

ein Asthma bronchiale, welche Leiden

sich gemäss nachvollziehbarer gutachterlicher Einschätzung nicht auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken (Urk. 9/41/18 Mitte, Urk. 9/41/31 f.). Der vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht vom 10. März 2015 betreffend die am 28. Januar und 10. März 2015 im Stadtspital A.____ durchgeführten pneumologischen Untersuchungen (Urk. 13/1) vermag diese Einschätzung nicht in Frage zu stellen,

wurde dem Beschwerdeführer doch auch seitens der Pneumologen des Stadtspitals A.____ bei diagnostiziertem Asthma bronchiale keine Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Abgesehen davon wiesen die Pneumologen auf eine Medikamenten-Malcompliance hin und hielten fest, dass sie dem Beschwerdeführer nochmals dringlich die Notwendigkeit einer Inhalationstherapie erläuterten und ihm empfohlen hätten, wenigstens am Abend zu inhalieren (Urk. 13/1 S.

1 Mitte, S.

2 unten).

E. 4.3

Die

im Rahmen der Begutachtung erfolgte

kardiologische Abklärung ergab ein sehr gutes Resultat nach Dreifach-ACB-Operation im August 2012 und es bestanden keine Hinweise auf eine Progredienz der koronaren Herzkrankheit. Echo kardiografisch und im Belastungs-EKG zeigte sich ein normaler Befund und der Beschwerdeführer gab an, von Seiten des Herzens beschwerdefrei zu sein (Urk. 9/41/18 unten, Urk. 9/41/33 f.). Vor dem Hintergrund dieser unauffälligen Untersuchungsergebnisse gelangten die Gutachter zum nachvollziehbaren und überzeugenden Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus kardiologischer Sicht nicht eingeschränkt

sei.

Diese Einschätzung steht im Einklang mit der Beurteilung der Kardiologen des Stadtspitals A.____, welche bereits im Oktober 2012 von einem erfreulichen postoperativen Verlauf berichtet und festgehalten hatten, dass der Beschwerdeführer nach erfolgter Rehabilitation nunmehr beschwerdefrei eine altersentsprechend normale Leistung erbringen könne (vgl. vorstehend E. 3.1).

E. 4.4

Im Rahmen der orthopädischen Abklärung wurde die auch von den Ärzten der Uniklinik B.____

(vgl. vorstehend E.

3.2-3) gestellte Diagnose eines Knick-/Senkfusses beidseits bestätigt. Die am Gutachten beteiligte Orthopädin beschrieb stabile Verhältnisse in beiden OSG und legte dar, dass die in der Uniklinik B.____

durchgeführten Bildgebungen nur minimale strukturelle Veränderungen im OSG

sowie eine diskrete MTP I Arthrose ergeben hätten. Weiter hielt sie fest, dass die im Gangbild demonstrierte Unmöglichkeit des Zehen- und Fersengangs klinisch nicht nachvollziehbar sei (Urk. 9/41/28 Mitte) . Mit Blick darauf, dass

die Orthopäden der Uniklinik B.____ im Juli 2013 noch festgehalten hatten, dass der Zehen- und Fersengang problemlos möglich sei (Urk. 9/15 /4 oben), erscheint es denn auch wenig überzeugend, dass dieser nur rund acht Monate später nicht mehr möglich gewesen sein soll.

Zur Abklärung der vom Beschwerdeführer geklagten Rückenbeschwerden

wurde im Rahmen der orthopädischen Begutachtung überdies eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Sacrums sowie eine konventionell- radiologische Untersuchung der Brustwirbelsäule veranlasst, welche abgesehen von einer

höchstens minimalen Spondylarthrose im Bereich des Lendenwirbelkörpers 5 und des Sakralwirbelkörpers 1 links keine wesentlichen degenerativen Veränderungen und im Bereich der LWS insbesondere auch keine Diskopathie oder Neuromkompression ergaben (Urk. 9/41/26 oben).

Klinisch fand sich eine ordentliche Beweglichkeit der LWS ohne paravertebralen Hartspann (Urk. 9/41/28 Mitte). Diagnostisch wurden die geklagten Rückenbeschwerden als Lumbago eingeordnet (Urk. 9/41/29 oben).

In Würdigung der Angaben des Beschwerdeführers sowie der

erhobenen Befunde gelangte die am Gutachten beteiligte Orthopädin zum Schluss, dass der Beschwerdeführer - solange er die verordneten Einlagen trage - aus orthopädischer Sicht weder in der angestammten Tätigkeit als Buffetmitarbeiter im Gastrobereich noch in einer Verweistätigkeit eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit erfahre, was sie in nachvollziehbarer Weise damit begründete, dass die angegebenen Beschwerden sowohl klinisch als auch radiologisch praktisch kein Substrat hätten (Urk. 9/41/28 Mitte, Urk. 9/41/29 oben).

Es liegen keine Berichte vor, welche diese Einschätzung in Zweifel zu ziehen vermöchten. Insbesondere wurde dem Beschwerdeführer auch von den Orthopäden der Uniklinik B.____ zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, auch nicht im vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht vom 2. April 2015 betreffend die Verlaufskontrolle vom 24. März

2015 (Urk. 13/7).

Sodann scheint es, dass auch die Orthopäden der Uniklinik B.____ die geklagten Beschwerden jedenfalls nicht zweifelsfrei einem Substrat zuzuordnen konnten, führten sie in ihrem Bericht vom Januar 2013 (vorstehend E.

3.2) doch aus, dass diese „am ehesten“ von der Knick-/Senkfuss - Deformität herrührten. Abgesehen davon ist ihrem Bericht vom Juli 2013 (vorstehend E. 3.3) zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer offenbar joggen geht oder ging (Urk. 9/15/3), was zumindest gewisse Zweifel an der Intensität der von ihm geltend gemachten Fussbeschwerden aufkommen lässt .

Dr. C.____ attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom November 2014 (vorstehend E. 3.8) aufgrund der Fussprobleme zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit

in der früheren Tätigkeit im Gastgewerbe. Allerdings setzte er sich nicht mit der gutachterlichen Beurteilung der orthopädischen Fachärztin auseinander und begründete er seine Einschätzung einzig damit, dass der Beschwerdeführer weiterhin in der Uniklinik B.____ in Behandlung stehen und „möglicherweise“ nächstens eine Operation vorgesehen sei. Dies reicht indes nicht

aus, um die im Gutachten gezogenen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in Frage zu stellen.

Aus dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht der Uniklinik B.____ vom 2. April 2015 (Urk. 13/7) ergibt sich zwar, dass - nach einstweilen nur klinischer Untersuchung - die Möglichkeit einer operativen Korrektur besprochen wurde. Nach dem eine solche vom Beschwerdeführer jedoch strikt abgelehnt wurde, wurden keine erneuten Bildgebungen veranlasst beziehungsweise solche für den Fall vorbehalten, dass der Beschwerdeführer ein operatives Vorgehen wünschen sollte. Eine Operationsindikation wurde (noch) nicht gestellt.

Insgesamt liegen damit für den Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 5. Januar 2015, welche zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. BGE 131 V 9 E.

1), keine Berichte vor, welche die im Gutachten gezogenen Schlussfolgerungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus orthopädischer Sicht in Frage stellen würden. Sollte sich für die Zeit danach bezüglich der Fussproblematik eine Verschlechterung ergeben haben, ist der Beschwerdeführer auf den Weg der Neuanschuldung zu verweisen.

E. 4.5

Nach dem Gesagten ist gestützt auf die nachvollziehbar und schlüssig begründete gutachterliche Einschätzung davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden somatischen Leiden bestanden.

E. 4.6

Die Gutachter begründeten die dem Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % sowohl in der angestammten als auch in einer Verweistätigkeit (einzig) mit dem Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung, welche sie in diagnostischer Hinsicht als Angst und depressive Störung gemischt einordneten.

Das Bundesgericht hat wiederholt erkannt, die Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ sei im Lichte der offiziellen ICD-klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten könne (Urteil des Bundesgerichts 8C_55/2014 vom 27. Februar 2014 E. 4.3 mit Hinweisen). Denn gemäss der klassifikatorischen Umschreibung des ICD ist die Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) nur zu verwenden, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose (etwa eine leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0, oder eine generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1) rechtfertigen würde. Dabei werden Patienten mit dieser Kombination verhältnismässig milder Symptome in der Primärversorgung häufig gesehen. Noch viel häufiger finden sie sich in der Bevölkerung, ohne je in medizinische oder psychiatrische

Behandlung zu gelangen (Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Auflage, 2014, S.

199). Eine solche Diagnose steht folglich der Ausübung einer Erwerbstätigkeit kaum je massgeblich entgegen.

E. 4.7

Auch wenn die im Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % aus medizinischer Sicht ihre Berechtigung haben mag, so ist in Anbetracht der gestellten

Diagnose sowie in Würdigung der gutachterlichen Ausführungen zu den erhobenen Befunden, zum Funktionsniveau sowie den Ressourcen des Beschwerdeführers nicht von einem rechtlich bedeutsamen (invalidisierenden) Gesundheitsschaden auszugehen. In diesem Zusammenhang erwähnenswert ist vorab, dass der am Gutachten beteiligte Psychiater in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung ausführte, dass die zu stellende Diagnose einer Angst und depressiven Störung gemischt die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gegenwärtig „allenfalls“ um 20 % reduziere (Urk. 9/41/15 unten). Diese Einschränkung begründete er soweit ersichtlich damit, dass der Beschwerdeführer zunächst einer Angewöhnungsphase bedürfe. Für den Zeitpunkt der Untersuchung beschrieb er allerdings einen unauffälligen Befund. Er hielt fest, dass sich die Symptomatik im Vergleich zum Bericht der D.____ vom September 2013 (vgl. vorstehend E. 3.5) weiter gebessert habe und die im psychopathologischen Befund beschriebenen Störungen gegenwärtig nicht mehr vorlägen. Des Weiteren schilderte er, dass der gegenwärtige Leidensdruck des Beschwerdeführers gering erscheine, er sogar seine Medikamente abgesetzt und gegenwärtig keine antidepressive Behandlung mehr erhalte (Urk. 9/41/16 oben). Die sich im Mini-ICF noch ergebenden geringen Hinweise auf leichte Störungen der Kontextfaktoren und der Partizipation sowie allenfalls eine reduzierte Durchhaltefähigkeit bezeichnete der Gutachter

sodann als gut überwindbar (Urk. 9/41/15 unten).

Vor diesem Hintergrund ist das Vorliegen einer aus objektiver Sicht nicht überwindbaren, voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit (vgl. Art.

E. 4.8

Zum gleichen Ergebnis führt auch

die (rechtliche) Würdigung des Berichtes von Oberärztin Dr. E.____, D.____, vom November 2014 (vorstehend E.

3.7), in welchem diese - nachdem die

Ärzte der D.____

im Vorbericht vom September 2013 noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert hatten - nunmehr eine leichtgradige depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung diagnostizierte. Denn bei einer leichten depressiven Episode

handelt es sich definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, dem es rechtsprechungsgemäss am Krankheitscharakter fehlt (Urteil des Bundesgerichts 9C_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.3).

Mit Blick auf die von Dr. E.____ des Weiteren diagnostizierte

Somatizationsstörung ist sodann festzuhalten, dass eine leichte depressive Episode insbesondere auch nicht ausreicht zur Bejahung einer massgeblichen psychischen Komorbidität, welche die Schmerzüberwindung als unzumutbar erscheinen liesse, nachdem

in der Rechtsprechung selbst im Falle von mittelgradigen depressiven Episoden entschieden wurde, dass solche keine relevante Komorbidität zu begründen vermöchten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2, 9C_715/2011 vom 4. Oktober 2011 E. 5.1) . 4.

E. 6

) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt .

Am 15. April 2015 liess sich der Beschwerdeführer erneut vernehmen (Urk. 12) und reichte

weitere Unterlagen (Urk. 13/1-10) ein. Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 21. April 2015 zur Kenntnis gebracht (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 7 Abs. 2 IVG) und damit eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen .

Abgesehen davon hielt der Gutachter

nicht zuletzt fest, dass beim Beschwerdeführer vorwiegend noch Zukunftsängste aus psychosozialen - und damit invaliditätsfremden - Gründen bestünden (Urk. 9/41/17 Mitte).

E. 9

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer kein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes somatisches Leiden und auch kein invalidenversicherungsrechtlich relevantes psychisches Leiden besteht, womit die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat.

Der angefochtene Entscheid erweist sich somit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 700.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzu weisen, wonach er zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Ryf

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