

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00120 vom 27. Dezember 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00120](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00120)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00120 du 27 décembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00120 del 27 dicembre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

0. Dezember 2014 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf mittelschwere Depressionen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2). Die IV-Stelle nahm beruflich-erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und gab bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten in Auftrag, das dieser am 30. Juli 2015 erstattete (Urk. 8/18). Mit Schreiben vom 28. Oktober 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass sich sein Gesundheitszustand mit der Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen

Behandlung wesentlich verbessern lasse. Er werde deshalb – im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht – aufgefordert, sich denjenigen Behandlungen oder Massnahmen zu unterziehen, die zur Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustands beitragen würden (Urk. 8/20). Nach entsprechendem Vorbescheid vom 28. Oktober 2015 (Urk. 8/21) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Dezember 2015 einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2).

### **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. Rechtsprechungsgrmass ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom

15. Dezember 2015 E. 5

und 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E.

### **E. 1.3**

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C\_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

### **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 ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender 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**

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.

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung

der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10.12.2015 sei aufzuheben, und dem Beschwerdeführer seien mit Wirkung ab Juni 2015 ganze IV-Invalidenrenten zuzusprechen.

### **E. 2.1**

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung damit, dass Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ beim Beschwerdeführer eine leichte depressive Störung diagnostiziert habe, welche grundsätzlich nicht IV-relevant sei. Die depressive Symptomatik des Beschwerdeführers habe nicht die erforderliche Schwere, um die Arbeitsfähigkeit in genügend hohem Masse einzuschränken. Deshalb könne die Beschwerdegegnerin keine Leistungen übernehmen (Urk. 2).

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass die Einschätzung von Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_, wonach die depressive Störung lediglich als leichtgradig zu qualifizieren sei, nicht überzeuge. Die depressive Störung liege schon seit langer Zeit vor. Gemäss Dr. med. A.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bei dem er seit August 2014 in wöchentlicher therapeutischer Behandlung stehe, sei seit Januar 2015 unverändert eine mittelgradige depressive Episode gegeben. Dies zeige sich insbesondere auch darin, dass er nicht in der Lage sei, den väterlichen Anteil an der Betreuungsa rbeit gegenüber seinen beiden 4 ½-jährigen Töchtern zu erbringen, sondern die Kinder vollzeitlich extern betreut werden müssten, obwohl er nicht erwerbstätig sei. Hinzukomme, dass weitere somatische Diagnosen (Schlafapnoe, Hypertonie, Adipositas, subklinische zystische Fibrose) vor lägen, welche allenfalls Begutachtungen in somatischer Hinsicht erfordern würden. Es sei davon auszugehen, dass nach korrekter Begutachtung und korrektem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von mindestens 70 % resultiere, so dass ab Juni 2015 Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (Urk. 1). 3.

## **E. 3**

Eventualiter seien ihm ab Juni 2015 dem korrekten IV-Invaliditätsgrad entsprechende Teil-Invalidenrenten zuzusprechen.

### **E. 3.1**

Dr. A.\_\_\_\_

stellte im Bericht vom 28. Januar 2015 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, seit 1974. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er nicht. Dr. A.\_\_\_\_ erklärte, dass der Beschwerdeführer seit August 2014 bei ihm in psychiatrischer Behandlung stehe. Vom 4. Juni bis zum 20. Juli 2012 sei er zur stationären Behandlung in der B.\_\_\_\_ gewesen. In seiner bisherigen Tätigkeit als Informatiker und Unternehmer sei der Beschwerdeführer seit 2012 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der

ausgeprägten depressiven Symptomatik sei eine selbständige Tätigkeit als Informatiker nicht mehr möglich. Seine Beurteilung beschränke sich auf die psychische Symptomatik. Beeinträchtigungen durch somatische Erkrankungen (zystische Fibrose, Schlafapnoe, Hypertonie, Reflux) wären von organmedizinischer Seite aus zu beurteilen. Der Beschwerdeführer könne den Haushalt nur bedingt, teilweise und mit deutlich eingeschränkter Leistungsfähigkeit führen. Zur Entlastung sei von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde die regelmässige Betreuung der Kinder in einer Kindertagesstätte bewilligt worden. Mit einer Verbesserung sei in absehbarer Zeit nicht zu rechnen (Urk. 8/10/1-3).

### **E. 3.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, hielt im Bericht vom 29. Januar 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.10, seit Juni 2012) und (2) eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0, seit Juni 2012 oder länger) fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (1) eine Hypertonie, (2) eine Adipositas, (3) ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (nächtliche CPAP-Beatmung) und (4) eine subklinische zystische Fibrose. Dr. C.\_\_\_\_ gab an, dass die gegenwärtige hausärztliche Behandlung Bagatellen betreffe. Der Beschwerdeführer sei in psychiatrischer Behandlung. In welchem Umfang ihm die bisherige oder eine allfällige behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar seien, könne er nicht beurteilen (Urk. 8/9/1-3). 3.3

Dr. Z.\_\_\_\_

führte

im psychiatrischen Gutachten vom 30. Juli 2015 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) an. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er Probleme in Verbindung mit der Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56). Dr. Z.\_\_\_\_ erklärte, dass dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als selbständiger Informatiker in Anbetracht der Vorgeschichte (wiederholte depressive Episoden mit Arbeitsunfähigkeit) und der aktuell noch vorliegenden leichtgradigen depressiven Symptome vorerst noch eine teilweise Arbeitsunfähigkeit (30%) zu attestieren sei. Die beim Beschwerdeführer bestehende psychiatrische Erkrankung (Depression) wirke sich naturgemäss auf jegliche berufliche Tätigkeiten gleichermaßen aus (Urk. 8/18/8-10).

### **E. 3.4**

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 14. Januar 2016, dass er insgesamt – unverändert wie bei seiner letzten Beurteilung für die IV – von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) ausgehe. Die ICD-10-Kriterien seien erfüllt. Dazu passend zeige sich auch im Beck-Depressions-Inventar eine deutliche depressive Verstimmung. Die Diagnose einer schweren depressiven Episode möchte er nicht stellen, da der Beschwerdeführer seinen Alltag, wenn auch mit Einschränkungen, in der Regel bewältigen könne (Urk. 3/4). 4.

### **E. 4**

Eventualiter sei eine neue medizinische Begutachtung anzuordnen, umfassend zumindest die Disziplinen Psychiatrie und Neuropsychologie, ev. weitere somatisch notwendige Fachrichtungen, bevor über den IV-Invaliditätsgrad entschieden wird.

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2015 (Urk. 2) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2015 (Urk. 8/18).

#### **E. 4.2**

Das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ basiert auf der erforderlichen fachärztlich-psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Dr. Z.\_\_\_\_ hat detaillierte Befunde erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Zudem hat er die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt. Das genannte Gutachten erfüllt demnach grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage

(vgl. E. 1.6).

#### **E. 4.3.1**

Dr. Z.\_\_\_\_ legte im Wesentlichen dar, dass der Beschwerdeführer seit dem Jugendalter unter phasenweise auftretenden depressiven Beschwerden leide. Entsprechende Phasen seien nach seinen Angaben in den Jahren von 1974 bis 1979, 1990 bis 1995 und 1997 aufgetreten. Seit 2010 leide er erneut unter einer Zunahme depressiver Beschwerden (subjektiv reduzierte allgemeine Belastbarkeit, innere Leere, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Tagesmüdigkeit, Schwindel, Schwierigkeiten bei administrativen Erledigungen und Hausarbeit). Nach seinen eigenen Angaben habe er vom 14. bis zum 20. Lebensjahr verschiedene illegale Drogen (Cannabis, LSD und Opiate) konsumiert. Zuletzt habe er nochmals im Zeitraum von 1998 bis 2000 Cannabis und auch „etwas mehr“ Alkohol konsumiert. Wenngleich sich Hinweise auf einen durchgehend erhöhten Alkoholkonsum mit Beginn im jungen Erwachsenenalter und einen Drogenkonsum bis zum Jahr 2000 ergeben würden, könne die berufliche Laufbahn des Beschwerdeführers bis 2012 als weitestgehend unauffällig beurteilt werden. Gemäss dem Bericht von

Dr. A.\_\_\_\_

vom 28. Januar 2015 leide er seit 1974 unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Die

eigenen Untersuchungsergebnisse und glaubhaften eigenanamnestischen Angaben des Beschwerdeführers würden die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mit depressiven Episoden seit 1974, stützen. Unter der bisherigen ambulanten psychiatrischen Behandlung bei Dr. A.\_\_\_\_ habe sich

offen sichtlich eine Teilremission der chronischen bzw. rezidivierenden affektiven Störung eingestellt, mit aktuell noch leichtgradig-depressiver Symptomatik. Zum Zeitpunkt der Untersuchung selbst könnten einzelne, einer leichten depressiven Störung zuzuschreibende, jedoch eher unspezifische Symptome festgestellt werden: bedrückte Gemüthsstimmung, spürbarer Leidensdruck, allgemeine psychophysische Belastbarkeitsminderung, Schwierigkeiten bei administrativen Erledigungen und der Erledigung von Hausarbeiten. Eingedenk der offenkundig wiederholten depressiven Episoden, der immer wieder weitestgehend symptomfreien Phasen dazwischen, des beschriebenen typischen Tagesablaufs und des aktuell geschilderten Aktivitätsniveaus sei

von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, die aktuell leichtgradigen Ausmasses sei, jedoch zu früheren Zeitpunkten deutlicher ausgeprägt vorgelegen haben könne. Gegen eine aktuell mittel- bis schwergradige depressive Episode würden unter anderem das gepflegte äussere Erscheinungsbild, die klinisch intakten kognitiven Funktionen, das adäquate Verhalten im Gespräch, die sozialen Aktivitäten und Kompetenzen sowie die guten Ressourcen des Beschwerdeführers sprechen. Die im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_

vom 29. Januar 2015 angeführte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung werde nicht plausibel bzw. überhaupt nicht hergeleitet und könne anhand der eigenen Untersuchungsergebnisse auch nicht bestätigt werden. Es sei aus Sicht des Referenten nicht nachvollziehbar, wie eine so schwerwiegende Diagnose ohne fachärztliche Bestätigung vom Hausarzt als gesicherte Diagnose angeführt werde und damit in die Akten der Institutionen einflüsse (Urk. 8/18/8-9).

#### **E. 4.3.2**

Dr. Z.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aktuell sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als selbständigerwerbender Informatiker als auch für eine angepasste Tätigkeit eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei. Im Weiteren wies er darauf hin, dass vor dem Hintergrund IV-fremder, aber depressiogener Faktoren (finanzielle Schulden, Arbeitslosigkeit, Gesundheitszustand der Ehefrau etc.) von multiplen psychosozialen Belastungen ausgegangen werden müsse, die aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Die im Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2015 gestellte psychiatrische Diagnose und attestierte Arbeitsunfähigkeit könnten

anhand der eigenen Untersuchungsergebnisse nicht mehr bestätigt werden, und es sei somit von einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands auszugehen. Aufgrund der seither fehlenden fachärztlich-psychiatrischen Verlaufsberichte könnten die von der Beschwerdegegnerin gewünschten „detaillierten Befundhinweise“, die eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands ausweisen würden, nicht dargelegt werden. Hieraus ergebe sich, dass der Neubeurteilung des psychischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit erst ab dem Datum der aktuellen Untersuchung Gültigkeit zukomme (Urk. 8/18/

#### **E. 4.4.1**

Zu

dieser Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass sich im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (BGE 141 V 281 E. 5.2.1; BGE 140 V 193 E. 3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_342/2015 vom 10. November 2015 E. 1.2). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verliert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 6.1 mit Hinweisen, nicht publiziert in:

BGE 142 V 342).

#### **E. 4.4.2**

Wie unter E. 1.3 dargelegt, sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts leichte bis mittelgradige depressive Störungen nur invalidisierend, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind. Vorliegend ist aktenkundig, dass der Beschwerdeführer nach dem stationären Aufenthalt in der B.\_\_\_\_ vom 4. Juni bis zum 20. Juli 2012 (vgl. Urk. 8/10/1) bis 2014 bei med. pract. D.\_\_\_\_ vom Ambulatorium

der B.\_\_\_\_

in Behandlung war. Seit August 20

#### **E. 4.4.3**

Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer die seit 1974 bestehende, phasenweise auftretende depressive Symptomatik jahrzehnte lang gut unter Kontrolle hatte, erfolgreich mehrere Studienabschlüsse erlangte (Lehre als Fernmelde- und Elektronikapparatemonteur, El. Ing. HTL, Bachelor in Wirtschaft, vgl. Urk. 8/7/3) und insbesondere auch erfolgreich jahrzehntelang verschiedenen Erwerbstätigkeiten nachging (vgl. Urk. 8/8) – und somit über gute Ressourcen verfügt, Dr. Z.\_\_\_\_ eine mögliche weitere Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mittels der eingeleiteten ambulanten Therapie ausdrücklich bejahte (vgl. E. 4.4.2) und

Depressionen im Übrigen nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung im Allgemeintherapeutisch gut angehend sind (vgl. E. 1.3), kann vorliegend

nicht von einer im Sinne überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellten invalidenversicherungsrechtlich relevanten Therapieresistenz gesprochen werden.

Daran vermag auch die Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_

im Bericht vom 28. Januar 2015, der bereits nach fünfmonatiger Behandlung des Beschwerdeführers erklärte, dass aufgrund des jahrzehntelangen Verlaufes mit deutlicher Verschlechterung seit 2011 mit einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit nicht mehr zu rechnen sei (Urk. 8/10/2), nichts zu ändern.

#### **E. 4.4.4**

Hinzu kommt, dass die Annahme einer invalidisierenden Wirkung der beim Beschwerdeführer bestehenden rezidivierenden depressiven Störung auch bedingt, dass es sich dabei um ein selbständiges, von allfälligen psychosozialen Belastungsfaktoren losgelöstes depressives Leiden handelt (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C\_651/2014 vom 23. Dezember 2014 E. 5.2 mit Hinweisen; und 9C\_140/2014 vom 7. Januar 2015 E. 3.3 mit Hinweisen; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a).

Gemäss Aktenlage spiel(t)en vorliegend psychosoziale Belastungsfaktoren (schwere familiäre Schicksalsschläge, Krankheit der Ehefrau, welche offenbar dazu führt, dass sie sich nicht um die beiden 2011 geborenen Kinder kümmern kann, Arbeitslosigkeit, erhebliche finanzielle Sorgen) fraglos eine massgebliche Rolle. Dies ergibt sich insbesondere auch aus der Eingabe des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin vom 3. November 2014 (Urk. 8/1/1-3) sowie den Angaben, welche er anlässlich des Standortgespräches bei der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2015 gemacht hat (Urk.

8/7). Es kann aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers zwar gut nachvollzogen werden, dass er sich ausser Stande sieht, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Ursächlich für die subjektiv empfundene Arbeitsunfähigkeit erscheint aber primär die erhebliche psychosoziale Belastungs- und Überforderungssituation und nicht eine davon losgelöste – anhaltende ausgeprägte - depressive Symptomatik. Der Beschwerdeführer hat denn anlässlich des besagten Abklärungsgespräches auch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass er sich nicht schwermütig fühle (Urk. 8/7/4).

#### **E. 4.5**

Die gutachterlich diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode, ist daher aus rechtlicher Sicht nicht als invalidisierend zu betrachten.

#### **E. 4.6.1**

Was der Beschwerdeführer gegen die Begutachtung von Dr. Z.\_\_\_\_ vorbrachte (Urk. 1), ist sodann nicht stichhaltig.

#### **E. 4.6.2**

Entgegen den Darlegungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5) hat sich Dr. Z.\_\_\_\_ durchaus mit der abweichenden Meinung des behandelnden Psychiaters Dr. A.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und

- insbesondere unter Verweis auf das gepflegte äussere Erscheinungsbild, die klinisch intakten kognitiven Funktionen, das adäquate Verhalten im Gespräch, die sozialen Aktivitäten und Kompetenzen sowie dessen gute Ressourcen

– begründet dargetan, weshalb es seit der Berichterstattung von Dr. A.\_\_\_\_ Ende Januar 2015 zu einer Verbesserung der

depressiven Symptomatik gekommen ist (Urk. 8/18/9-10).

#### **E. 4.6.3**

Im Weiteren kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens

grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung bzw. die Tatsache, dass lediglich eine Exploration durchgeführt wurde (Urk. 1 S. 4), an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise – was vorliegend der Fall ist - inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3 und 9C\_55/2009 vom 1. April 2009 E. 3.3 mit Hinweisen).

#### **E. 4.6.4**

Dem Einwand des Beschwerdeführers, für eine korrekte Gesamtbeurteilung der Arbeitsunfähigkeit wäre die Durchführung von neuropsychologischen Tests unabdingbar gewesen (Urk. 1 S. 6), kann nicht gefolgt werden. Die Frage, ob und welche Zusatzuntersuchungen nebst dem psychiatrischen Explorationsgespräch erforderlich sind, ist vom Gutachter zu beantworten. So sehen die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie in Ziff. 4.3.2.2 vor, dass lediglich bei begründeter Indikation, wie zum Beispiel Verdacht auf neurokognitive Beeinträchtigungen oder bei schwer objektivierbaren Beschwerden bzw. geklagten Funktionseinbussen, der Einsatz von geeigneten Tests zur Prüfung der Leistungsfähigkeit und auch der Leistungsbereitschaft des Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome zu

prüfen ist. Selbst dann ersetzen jedoch diese Verfahren nicht die gutachterlichen klinischen Untersuchungen, sondern stellen einen Zusatzbefund dar, der in die Gesamtbeurteilung einbezogen wird. Wurden – wie vorliegend - in der psychiatrischen Untersuchung keine derartigen Beeinträchtigungen oder Beschwerden festgestellt (vgl. Urk. 8/18/7 ), so ist der Verzicht auf die Durchführung solcher Testverfahren nicht zu beanstanden.

#### **E. 4.6.5**

Ferner ist darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischer Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher – Dr. A. \_\_\_ stellt e im Bericht vom 14. Januar 2016 wiederum die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (Urk. 3/4) - zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2, 8C\_997/2010 vom 10. August 2011 E. 3.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1).

#### **E. 4.6.6**

Was das

von Dr. A. \_\_\_ am 14. Januar 2016 durchgeführte Beck-Depressions-Inventar anbelangt, welches

beim Beschwerdeführer ein Gesamtscore von 33 Punkten ergab (bei einer Punktzahl zwischen 29 und 63 liegt definitionsgemäss eine schwere Depression vor; Urk. 3/4), bleibt zu bemerken, dass die Ergebnisse solcher Tests im Rahmen der Behandlung eines Patienten zweifelsohne wertvoll sind. Bei der Begutachtung sind sie jedoch nur sehr beschränkt aussagekräftig, zumal sie ausschliesslich auf dessen subjektiven Angaben beruhen.

#### **E. 4.7**

Soweit der Beschwerdeführer vorbringen lässt, dass es spätestens seit BGE 141 V 281 keine Diagnosen mehr gebe, die grundsätzlich nicht invalidisierend seien bzw. grundsätzlich überwindbar wären, und wonach der Einzelfall nach den in diesem Grundsatzurteil dargelegten Kriterien zu prüfen sei (Urk. 1 S. 6), ist zu bemerken, dass eine fachärztlich diagnostizierte rezidivierende depressive Störung kein psychosomatisches Leiden ist, welches von der aufgegebenen Überwindbarkeitsvermutung erfasst wurde (Urteil des Bundesgerichtes 9C\_470/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.1). Aus dem besagten Grundsatzurteil kann der Beschwerdeführer daher nichts zu seinen Gunsten ableiten. 4. 8

Schliesslich besteht kein hinreichender Anlass für die vom Beschwerdeführer beantragten weiteren Abklärungen des Gesundheitszustands in somatischer Hinsicht (Urk. 1 S. 6).  
Gemäss

Dr. C. \_\_\_ handelt es sich bei der festgestellten Hypertonie, der Adipositas, dem obstructiven Schlafapnoe-Syndrom und der subklinischen zystischen Fibrose um Diagnosen

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 8/9/1). Das Schlafapnoe-Syndrom wird gemäss

den Aussagen von Dr. C.\_\_\_\_ und des Beschwerdeführers durch nächtliche CPAP-Beatmung behandelt

( Urk. 8/9/1 und Urk. 1 S. 6), und die Hypertonie ist ebenfalls behandelbar , weshalb diese Leiden nicht als invalidisierend zu betrachten sind . Dasselbe gilt auch für eine Adipositas, sofern diese keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist ( vgl. ZAK 1984 S. 345 f. E. 3; Urteile des Bundesgerichts I 839/06 vom 17. August 2007 E. 4.2.3 und I 745/06 vom 21. März 2007 E. 3) , wofür vorliegend keine Anhaltspunkte gegeben sind. 5.

Die angefochtene Verfügung vom 10. Dezember 2015 ( Urk. 2) , mit der ein Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint wurde, erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

## **E. 5**

E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

## **E. 5.4**

).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 201

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

## **E. 6.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Der vorliegende Prozess kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden. Des Weiteren ist der Beschwerdeführer bedürftig (Urk. 3/3). Antragsgemäss (Urk. 1) ist ihm deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind dem nach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 6.2**

Da zudem die anwaltliche Vertretung des Beschwerdeführers geboten war, ist ihm Rechtsanwältin Marianne Ott als unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen. Rechtsanwältin Ott machte mit ihrer Honorarnote vom 16. Dezember 2016 (Urk. 12/1) einen Aufwand von 12,18 Stunden und Barauslagen von Fr. 80.40 geltend. Bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- resultiert so eine Entschädigung von Fr. 2'980.80 (inkl. Barauslagen und MWSt).

### **E. 6.3**

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichten (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 26. Januar 2016 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Marianne Ott, Winterthur, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und es wird ihm

die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer

auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Marianne Ott, Winterthur, wird mit Fr. 2'980.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marianne Ott - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstKreyenbühl

#### **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. 9**

10).

#### **E. 14**

finden eine wöchentliche Gesprächstherapie sowie psychopharmakologische Behandlung bei Dr. A.\_\_\_\_ statt . Dem Beschwerdeführer werden Cipralext 20 mg (1-0-0-0 ) und Temesta 1 mg (eine Tablette an zwei bis drei Tagen pro Monat) verabreicht ( Urk. 8/10/1-2 und Urk. 8/18/3). Dr. Z.\_\_\_\_ kam

zum Schluss, dass prognostisch unter Weiterführung dieser psychotherapeutisch-psychopharmakologischen Behandlung (medizinisch-theoretisch) in zwei bis vier Monaten eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands und damit der Arbeitsfähigkeit (100 % ) zu erwarten sei, wobei zurzeit aus psychiatrischer Sicht keine zusätzlichen therapeutischen Möglichkeiten bestünden , das aktuell ermittelte Belastungsprofil des Beschwerdeführers zu verbessern ( Urk. 8/18/11).

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