

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00144 vom 11. November 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00144](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00144)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00144 du 11 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00144 del 11 novembre 2016

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1958, ohne abgeschlossene Ausbildung, war mit Unterbrüchen

bei diversen Temporärbüros

als Bauarbeiter (Schaler) im Stundenlohn angestellt, zuletzt von Juli 2012 bis Oktober 201

### 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. Rechtsprechungsgemäss 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. 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 Bundesgerichtes 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015 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). 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. 3**

( Urk. 11/3, Urk. 11/15 , Urk. 11/20 ) . Ab dem 1. November 2013 bezog er Leistungen der Arbeitslosenkasse ( Urk. 11/ 3/ 3) . Mit Datum vom 16 . Januar 2015 meldete er sich unter Hinweis auf eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 11/3) .

Nach Durchführung eines persönlichen Gespräch s ( Urk. 11/20) und Einholung diverser Unterlagen teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , dem Versicherten am 11. März 2015 mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien ( Urk. 11/16). Im Hinblick auf die Rentenprüfung zog die IV-Stelle einen Auszug aus dem in die viduellen Konto des Versicherten (IK-Auszug vom 5. Oktober 2015 , Urk. 11 / 30 ) bei und tätigte medizinische Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht ( Urk. 11/ 33) . Nachdem der Versicherte unter Hinweis auf den nach Erlass des Vorbescheids eingegangenen Bericht seines behandelnden Psychiaters

am 9 . November 2015

Einwand ( Urk. 11/3 5) erhoben hatte, holte die IV-Stelle die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein und wies mit Verfügung vom 10. Dezember 2015 das Leistungsbegehren gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 2 % ab ( Urk. 2 ) . 2.

Dagegen erhob der Versicherte

am 29. Januar 2016 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 10. Dezember 2015 sei aufzuheben und es sei ihm eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien erneute medizinische und berufliche Abklärungen durchzuführen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1) . Mit Beschwerdeantwort vom 2. März 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde ( Urk. 10, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 11/1-41) , was dem Beschwerdeführer am

### **E. 3.1**

Im Bericht vom 29. September 2011 über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 19. August bis 27. September 2011 nannten die behandelnden Ärzte der Y.\_\_\_\_, folgende Diagnosen: Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24), Status nach rezidivierenden Entzugsepilepsien, sowie Anpassungsstörung bei Trennung (ICD-

### **E. 3.2**

Ein im Spital A.\_\_\_\_, Institut für Radiologie , durchgeführtes MR Schädel vom 20. August 2014 ergab ein altersentsprechend unauffälliges Neurokranium

(Urk. 11/ 22 /26) . Ein gleichentags durchgeführtes CT Thorax ergab keinen Hinweis auf eine thorakale Neoplasie oder

Bronchiektasen

und zeigte einzig

leicht gradige

bronchitische Veränderungen betont in den Unterlappen beidseits ( Urk. 11/22 /24-25). Das am 5. September 2014 durchgeführte MR HWS ergab deutliche degenerative HWS-Veränderungen . Bei anlagebedingt engem Spinal kanal

zeigte sich eine breitbasige

Diskusprotrusion C5/6 dorsolateral rechts mit Pelottierung des Myelons . Ein pathologisches Myelonsignal oder eine höhergradige Spinalstenose liessen sich nicht erheben. Sodann visualisierten sich mehr segmentale , degenerativ bedingte neuroforaminale

Stenosierungen , am ausgeprägtesten C6/7 rechts, C7/TH1 links, mässiggradig C5/6 rechts, TH1/2 links sowie leichtgradige

Spondylarthrosen , u.a. auch C2/3 ( Urk. 11/ 22/22-23 ).

Im Nachgang zu den radiologischen Untersuchungen stellte Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie FMH, im Bericht vom 22. Oktober 2014 (Urk. 11/22/15-26) folgende Diagnosen : Schwindel und Kopfschmerzen überwiegend in der Höhe seit einem Schädelhirntrauma 08/2011, Ätiologie: am ehesten im Rahmen einer Angststörung, MRI Schädel am 20.08.2014 unauffällig; Verdacht auf posttraumatische Depression; chronisches zervikales Syndrom seit dem Schädelhirntrauma 08/2011, MRI HWS 05.09.2014: degenerative Veränderungen mit neuroforaminalen Stenosen sowie Alkoholabusus, abstinent seit 12/2013. Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, für eine zentrale oder periphere vestibuläre Ursache des Schwindels fänden sich keine Anhaltspunkte. Er empfehle eine psychiatrische Exploration (Urk. 11/ 22 /16 ). Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. B.\_\_\_\_ im Schreiben vom 11. Februar 2015 ergänzend aus, er habe keine neurologische Erklärung für die situationsabhängigen Beschwerden mit Schwindel und Kopfschmerzen finden können ( Urk. 11/ 9 ).

### **E. 3.3**

Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie FMH, führte im Bericht vom 8. September 2014 aus, es fände sich kein Hinweis für eine akute periphere vestibuläre Funktionsstörung. Im Audiogramm zeige sich eine beidseitige sensorineurale hochbetonte Schwerhörigkeit, welche wahrscheinlich teils lärm- und alterungsbedingt sei ( Urk. 11/22 /19-20 ). 3. 4

Am 25. September 2014 wurde der Beschwerdeführer im Spital D.\_\_\_\_

pneumologisch untersucht. Im entsprechenden Bericht vom 26. September 2014 wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen gestellt : Verdacht auf schlafassoziierte Atemstörung, keine erhöhte Tagesschläfrigkeit ( Epworth

Sleepiness Score 5/24 Punkte), Risiko-Faktoren Übergewicht (BMI 28.7 kg/m<sup>2</sup>), fleischige Uvula; chronische Durchschlafinsomnie und verfrühtes Erwachen, differentialdiagnostisch im Rahmen eines obstruktiven Schlaf-Apnoe-Syndroms , mangelnde Schlafhygiene, psycho-physiologische Insomnie, sowie Nikotinkonsum (36 py ), keine obstruktive Ventilationsstörung nachweisbar, und frühere Alkohol-Krankheit . Es sei ergänzend eine

Polysomnographie durchzuführen (Urk. 11/22 /17-18 ).

Die am 20. November 2014 durchgeführte Polysomnographie

ergab keinen Hinweis auf eine relevante schlafbezogene Atemstörung. Die Ärzte des Spitals D.\_\_\_\_

hielten fest, es zeige sich zwar ein leicht erhöhter Desaturationsindex und Apnoe-/Hypopnoe -Index, die vermehrte Tagesschläfrigkeit sei durch diesen Befund jedoch nicht erklärt (Urk. 11/22 /13-14 ). 3. 5

Mit Arztzeugnis vom 24. Oktober 2014 zuhanden der Arbeitslosenversicherung attestierte med. pract . E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, ab 11. April 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wovon Arbeiten in der Höhe und auf der Baustelle ausgenommen seien ( Urk. 11/22 / 5). 3 . 6

Im Bericht des Spitals A.\_\_\_\_ , Medizinische Klinik, Kardiologie, vom 7. Januar 2015 betreffend Routine - TTE vom 6. Januar 2015 wurde festgehalten, es bestehe eine normale systolische Globalfunktion des nicht hypertrophen linken Ventrikels. Die Auswurffraktion nach Simpson biplan betrage 65 %. Wand bewegungsstörungen bestünden nicht. Zeichen der diastolischen Dysfunktion, normale Funktion auch des rechten Ventrikels, Ausschluss einer pulmonal-arteriellen Hypertonie. Das Systolikum sei auf eine deutlich sklerosierte , zum Teil verkalkte trikuspidale Aortenklappe zurückzuführen. Eine Aortenstenose oder eine Aorteninsuffizienz lägen zurzeit noch nicht vor. Die Aorta ascendens sei ektaisch , es zeige sich eine normal kalibrige

infradiaphragmale Aorta und eine normale Funktion des rechten Ventrikels. Eine pulmonal-arterielle Hypertonie sei ausgeschlossen ( Urk. 11/22/7-8 ).

Der leitende Arzt Kardiologie, Spital A.\_\_\_\_ , führte im gleichentags verfassten Bericht über die Ergometrie vom 6. Januar 2015 aus, es

bestünde eine klinisch und elektrisch normale Ergometrie bei guter Leistungsfähigkeit und gutem Doppelprodukt. Eine koronare Herzerkrankung sei somit unwahrscheinlich ( Urk. 11/22 /9-10 ) . 3. 7

Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte am 6. Januar 2015 eine habituelle Rhonchopathie , eine chronische Nasenatmungsbehinderung bei leichter Septumdeviation nach links und Hyperplasie der Conchae inferiores , und verwies darauf, dass eine relevante schlafbezogene Atemstörung polysomnographisch bereits ausgeschlossen worden sei . Sie habe dem Patienten empfohlen, das Gewicht zu reduzieren. (Urk. 11/22 / 12). 3. 8

In einer Stellungnahme vom 7. Oktober 2015

stellte RAD-Arzt

med. pract . F.\_\_\_\_ , Facharzt für Arbeitsmedizin ,

gestützt auf die medizinische Aktenlage folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Unklarer Schwindel vor allem in der Höhe sowie Status nach stationärem Alkoholentzug Z.\_\_\_\_ vom 7. Januar bis 11. April 2014, seither abstinent. Der Beschwerdeführer sei seit Januar 2014 in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Seit dem 11. April 2014 bestehe indes eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit ohne Arbeiten in der Höhe, ohne Arbeiten mit Absturzgefahr, ohne Fahrtätigkeiten, ohne Tätigkeiten an schnell rotierenden Maschinen und ohne

Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr (Urk. 11/32 /3-4 ). 3. 9

Im Bericht vom 22. Oktober 2015 diagnostizierte der behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1), ein Alkohol-Abhängigkeitssyndrom, seit stationärem Entzug abstinent (ICD-10 F10.21), sowie einen Status nach Commotio cerebri 08/2011, seit dem anfallsweise Schwindel, v.a. in der Höhe. Dr. G.\_\_\_\_ bezeichnete die Prognose als eher schlecht. Eine angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer im Umfang von vier Stunden pro Tag zumutbar, wobei die Arbeitsfähigkeit schrittweise zu steigern sei und ein ruhiger Arbeitsplatz sowie regelmässige Pausen vorliegen müssten. Der Beschwerdeführer sei seit Februar 2015 in ambulanter Behandlung, mit Sitzungen alle zwei bis vier Wochen (Urk. 11/ 34/1-4 ).

RAD-Arzt F.\_\_\_\_

nahm zum Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ am 9. Dezember 2015 dahingehend Stellung, dass aus medizinischer Sicht prinzipiell davon auszugehen sei, dass eine depressive Episode behandelbar sei und nicht zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führe. Auch Dr. G.\_\_\_\_ gehe nicht von einer dauerhaften respektive länger dauernden Arbeitsunfähigkeit aus. Nach Einschätzung des Psychiaters sei der Beschwerdeführer in der Lage, vier Stunden täglich in einer angepassten Tätigkeit zu arbeiten und seine Arbeitsfähigkeit schrittweise zu steigern. Es sei somit aus versicherungsmedizinischer Sicht nur noch eine leichte depressive Episode anzunehmen (Urk. 11/ 37/ 2). 4. 4.1

In somatischer Hinsicht ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer von verschiedenen Fachärzten der Neurologie, Kardiologie, Pneumologie und Oto - Rhino -Laryngologie umfassend untersucht und bildgebend abgeklärt wurde, ohne dass sich eine relevante Pathologie hätte objektivieren lassen (vgl. auch Urk. 11/22/4). Gestützt auf diese medizinische Aktenlage ist es als ausgewiesen zu erachten und wird überdies auch nicht bestritten, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht zumindest eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist. 4.2

In psychischer Hinsicht ist streitig, inwieweit sich die von Dr. G.\_\_\_\_

im Bericht vom 22. Oktober 2015 diagnostizierte mittelgradig depressive Episode (E. 3.9) auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt. 4. 2.1

Da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind, fallen rechtsprechungsgemäss leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapierelevant sind. Nur in dieser seltenen Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinn konsequent gewesen sein, als die in fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulant und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_399/2016 vom 24. August 2016 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 140 V 193 E 3.3; 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3; 137 V 64 E 5.2; siehe auch 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweisen). 4. 2.2

Vorliegend befand sich der Beschwerdeführer zwar bereits in den Jahren 2011 und 2014 in stationärer psychiatrischer Behandlung, entsprechende Therapien (Entzug) erfolgten aber aufgrund eines diagnostizierten Alkohol-Abhängigkeitssyndroms ( Urk. 11/22 /30 , Urk. 11/34 /6 ). Erst seit dem 2. Februar 2015 befindet sich der Beschwerdeführer aufgrund der depressiven Symptomatik in ambulanter psychiatrischer Behandlung bei Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 11/34 /1 ) . Zwar erfolgt gemäss dem Psychiater eine antidepressive medikamentöse Behandlung, jedoch kann die bisher durchgeführte

ambulante Therapie mit Sitzungen alle zwei bis vier Wochen nicht als hinreichend konsequent erachtet werden . Dr. G.\_\_\_\_

hielt sodann fest, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit im Umfang von vier Stunden pro Tag zumutbar sei. Im Weiteren empfahl er die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung und die schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit. Damit sind die Behandlungsmöglichkeiten keineswegs als ausgeschöpft zu erachten und es

ist nicht von einer therapieresistenten depressiven Störung auszugehen . 4. 2.3

Ein Abweichen von den durch die Ärzte gezogenen Schlussfolgerungen ist möglich, wenn sich aus rechtlicher Sicht eine andere Einschätzung ergibt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2 sowie 130 V 352 E. 3.3). Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht kann somit nicht auf die von Dr. G.\_\_\_\_

vorgenommene Einschätzung der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden.

Demzufolge ist mit der Diagnose einer mittelgradig

depressive n Episode keine invalidisierende psychische Erkrankung im Sinne des Gesetzes gegeben. Da die in Erwägung 4.2 dargelegte Rechtsprechung leicht bis mittelgradige depressive Störungen erfasst,

kann darüber hinaus offen gelassen werden, ob – wie vom RAD in der Stellungnahme vom 9. Dezember 2015 ( E. 3.9 ) angenommen – auf grund der psychiatrischen Einschätzungen aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht mehr eine mittelgradige, sondern nur noch eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren wäre . 4. 3

Soweit der Beschwerdeführer darüber hinaus geltend macht , die Beurteilung des RAD-Arztmed. pract . F.\_\_\_\_

sei oberflächlich und es habe nicht einmal eine persönliche Untersuchung stattgefunden, ist darauf hinzuweisen, dass die RAD

für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen durchführen ( Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die

Invalidenversicherung

[ IVV ] ) . In den übrigen Fällen stützen sie sich auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen. Das Absehen von eigenen Untersuchungen ist somit nicht an sich ein Grund, einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person – wie vorliegend – in den Hintergrund

rückt (Urteile des Bundesgericht e s 9C\_58/2011 v om 25. März 2011 E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 I 54 E. 2e und 2 f). 4 . 4

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte Tätigkeit (keine Arbeiten in der Höhe, keine Arbeiten mit Absturzgefahr, keine Fahrtätigkeiten, keine Tätigkeiten an schnell rotierenden Maschinen und keine Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr) sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht zu 100 % zumutbar ist. 4. 5

Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgericht e s 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2007 E. 5. 2.2 mit Hinweisen). 5. 5.1

Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit

bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2015 (Urk. 2) zur Ermittlung der Vergleichseinkommen (Validen- und Invalideneinkommen)

zugunsten des Beschwerdeführers auf die Tabellen der Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) ab, was nicht zu beanstanden ist und im Übrigen auch nicht bestritten wird (vgl. die Berechnung vom 16. Oktober 2015, Urk. 11/31) . 5. 2

Wie von der Beschwerdegegnerin ausgeführt, ist ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75) vorliegend nicht angezeigt. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen solchen Abzug, wenn die versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeiter Tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Sind hingegen – wie vorliegend – leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein aus diesem Grund auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, da der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgericht e s 8C\_99/2013 vom 5. April 2013 E. 4.1.3 zum Anforderungsprofil 4 mit Hinweis). Der Vollständigkeit halber ist jedoch festzuhalten, dass selbst unter Gewährung eines höchst zulässigen Tabellenlohnabzuges von 25 % kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren würde. Aus der Gegenüberstellung des entsprechend angepassten Invalideneinkommens (Fr. 49'966.50 [Fr. 66'622.00 x 0.75]) und des Valideneinkommens (Fr. 67'683.00) würde ein Invaliditätsgrad von rund 26 % resultieren (Fr. 67'683.00 - Fr. 49'966.50 = Fr. 17'716.50; Fr. 17'716.50 / Fr. 67'683.00 x 100).

5.3

Die rentenabweisende Verfügung vom 10. Dezember 2015 erweist sich somit als rechtsens. Die Beschwerde ist abzuweisen. 6. 6.1

Gestützt auf die eingereichten Unterlagen (Urk. 3/3, Urk. 9/1 ff.) sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) gegeben. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Prozessführung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. 6 .2

Die Kosten des Verfahrens sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG), zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst : In Bewilligung des Gesuchs vom 29. Januar 2016 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt , und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - TCL Treuhand Consulting Liegenschaften AG - 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  
HurstJanett

## **E. 7**

. März 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. 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. 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). 1 . 4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1 . 5

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet 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. 2.1

Strittig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 2.2

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, in psychiatrischer Hinsicht sei kein Gesundheitsschaden ausgewiesen, der eine bleibende oder längere Zeit dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszulösen vermöge (Urk. 2, Urk. 10 ). In somatischer Hinsicht sei der Beschwerde führer in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter zu 100 % arbeitsunfä hig. Eine angepasste Tätigkeit ohne Arbeiten in der Höhe, ohne Arbeiten mit Absturzgefahr, ohne Fahrtätigkeiten, ohne Tätigkeiten an schnell rotierenden Maschinen und ohne Tätigkeiten mit erhöhter Verletzungsgefahr sei ihm zu 100 % zumutbar (Urk. 2 ). 2.3

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, bei der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode handle es sich um eine ausgewiesene Stö rung mit dauerhaftem Charakter. Gemäss seinem behandelnden Psychiater sei nicht damit zu rechnen, dass er die mittelgradige depressive Störung in absehbarer Zeit überwinden könne. Es sei von einer maximal 50%igen Arbeitsfähig keit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Schliesslich brachte der Be - schwerdeführer vor, die Beurteilung des RAD sei oberflächlich und schablonenhaft und beruhe teilweise gar auf falschen Annahmen. Die Beurteilung ver möge den Anforderungen an eine gründliche Abklärung von versicherten Per sonen keineswegs zu genügen . Auch habe der RAD den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht (Urk. 1). 3.

## **E. 10**

Z63; Urk. 11/34 /5-7 ).

Vom 7. Januar bis 11. April 2014 erfolgte eine erneute stationäre Behandlung

in der Z.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht vom 16. Juni 2014 stellten die Ärzte die Diagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21). Dem Beschwerdeführer könne aufgrund stichprobenartiger Alkoholatemkontrollen ein rückfallfreier Aufenthalt attestiert werden (Urk. 11/22 /27-31).

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