

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00221 vom 31. August 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00221](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00221)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00221 du 31 août 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00221 del 31 agosto 2017

## **Erwägungen**

### **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**

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. 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. 1.3**

Die Suva hatte zuvor mit Verfügung vom 2. Juli 2013 (Urk. 7/84/113-114) und Einspracheentscheid vom 28. April 2014 (Urk. 7/84/63-69) ihre Leistungspflicht für die mit Schadensmeldung vom 12. Juli 2012 (Urk. 7/84/242) seit einem Ereignis vom 6. März 2012 geltend gemachten Rückenbeschwerden bei Diskushernie verneint. Die vom Versicherten am 23. Mai 2014 dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/84/56-60) wies das hiesige Gericht mit Urteil vom 16. September 2015 ab (Prozessnummer UV.2014.00121; Urk. 13). Das Bundesgericht trat mit Urteil vom 25. November 2015 (Urk. 14) auf die dagegen erhobene Beschwerde nicht ein.

### **E. 1.3.1**

Der Anspruch auf eine ordentliche Rente der Invalidenversicherung setzt zudem voraus, dass bei Eintritt der Invalidität während mindestens drei Jahren Beiträge geleistet wurden (Art. 36 Abs. 1 IVG).

### **E. 1.3.2**

Gemäss Art. 4 Abs. 2 IVG gilt die Invalidität als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles; Urteil

des Bundesgerichts I 659/06 vom 22. Februar 2007 E. 4 mit Hinweisen). Im Falle einer Rente gilt die Invalidität in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem der Anspruch nach Art. 28 Abs. 1 IVG entsteht, das heisst frühestens wenn die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durch schnitt lich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war und weiterhin zu mindestens 40 % invalid ist (lit. b und c; BGE 127 V 294 E. 4b/bb, 119 V 98 E.

4a; Rz. 1030 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 2015, KSIH).

### **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 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).

### **E. 2**

Gegen die das Leistungsbegehren ablehnende Verfügung der IV-Stelle vom 14. Januar 2016 (Urk. 2) liess der Beschwerdeführer am 14. Februar 2016 Beschwerde erheben (Urk. 1) und beantragen, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. Mai 2015 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Zudem ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (S. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 14. März 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), wovon der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. März 2016 (Urk. 10) in Kenntnis gesetzt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der Verfügung vom 14. Januar 2016 (Urk. 2) aus, dass der Beschwerdeführer ab Juni 2011 in der Schweiz AHV-Beiträge entrichtet habe und seit dem 13. März 2012 in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfs-Heizungsmonteur bleibend zu 100 % eingeschränkt sei. Auch eine angepasste Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht vorerst nicht zumutbar gewesen. Eine Verbesserung sei erst per Dezember 2013 und somit nach Ablauf des Wartjahres dokumentiert. Der Versicherungsfall sei somit im März 2013 eingetreten. Zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer die dreijährige Beitragspflicht in der Schweiz nicht erfüllt, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe.

Im Mai 2014 sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. Die behandelnde Ärztin Frau Dr. A.\_\_\_\_ habe indes eine psychiatrische Diagnose seit dem Unfallereignis gestellt und auch die Arbeitsunfähigkeit auf den Zeitpunkt des Unfalls festgelegt.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer liess dagegen einwenden (Urk. 2), der Versicherungsfall sei nicht im März 2013 sondern im April 2015 eingetreten. Er habe sich bei einem Arbeitsunfall am 6. März 2012 an der Wirbelsäule verletzt und sei seither zum Teil arbeitsunfähig. Er habe aber etwa laut dem Bericht der Ärzte der B.\_\_\_\_ vom 14. November 2013 leichte bis mittelschwere Arbeit den ganzen Tag ausführen können. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, habe erstmals im Bericht vom 10. Mai 2014 eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert und der gutachterliche Psychiater der Z.\_\_\_\_ habe in der Expertise vom 16. November 2015 bestätigt, dass die dauernde Arbeitsunfähigkeit seit dem 10. Mai 2014 bestehe.

### **E. 2.3**

Streitgegenstand bildet der Anspruch auf eine Invalidenrente. Zwischen den Parteien ist hauptsächlich strittig, ob der Beschwerdeführer bei Eintritt einer allfälligen Invalidität die rentenspezifische Voraussetzung der dreijährigen Beitragspflicht erfüllt hat. Zu prüfen ist vorab, ob eine rentenbegründende Invalidität überhaupt eingetreten ist.

### **E. 3.1**

Im Austrittsbericht vom 16. September 2012 (provisorisch; Urk. 7/ 9/4 ) nannten die Ärzte der Klinik für Neurochirurgie des D.\_\_\_\_ nach einem operativen Eingriff an der Wirbelsäule vom 14. September 2012 mit stationärem Aufenthalt vom 10. bis 16. September 2012 die folgenden Diagnosen: Therapieresistente Lumboschmerzen links – seit Arbeitsunfall/Sturz am 6. März 2012 – mit Hypästhesie links, ASR seitengleich auslösbar, Zehenstand wird links schmerzüberlagert durchgeführt – klinisch : radikuläre Reizzeichen links, eine a.e. im S1 Dermatome (Fussaußenseite, Sohle) angegeben

– MR-tomographisch: mediolateraler Bandscheibenvorfall LWK5/SWK1 mit Kompression der S1 Wurzel links – bisherige konservative Therapie: 18x Physiotherapie, 2 epidurale Infiltrationen, NSAR, – 14.

September 2012 : Interlaminäre Fenestration L5/S1 links , Flavektomie und Diskektomie – Aktuell: Postoperativ deutliche Regredienz der Schmerzsymptomatik

Laut dem beigelegten Auszug aus der Krankengeschichte (Urk. 7/9/5-6) wurde der Beschwerdeführer zur Behandlung des links mediolateralen Diskusprolapses L5/S1 aufgenommen. Nach Angabe des Beschwerdeführers sei es in den vorangegangenen Wochen zu einer Exazerbation der Schmerzsymptomatik, Hypästhesie im Dermatome S1 sowie fraglichen Miktionsbeschwerden gekommen, weshalb die Indikation zur Operation gestellt worden sei. Die Entlastung der spinalen Wurzel S1 habe über eine interlaminäre Fenestration L5/S1 links mit Flavektomie und Diskektomie komplikationslos erfolgen können. Der Beschwerdeführer zeige postoperativ kein neues neurologisches Defizit. Die Schmerzen zeigten sich erfreulicherweise deutlich regredient, so dass der Beschwerdeführer unter physiotherapeutischer Begleitung voll mobilisiert werden können. Es werde die Durchführung einer ambulanten Physiotherapie mit sukzessivem Belastungsaufbau ab der

vierten postoperativen Woche empfohlen.

### **E. 3.2**

Im Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 19. November 2012 nach einem Aufenthalt vom 15. Oktober bis 14. November 2012 (Urk. 7/27/17-22), gaben Dr. med. F.\_\_\_\_ und med. pract. G.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, an, es habe durch die Operation laut Angabe des Beschwerdeführers eine mässige Schmerzreduktion erzielt werden können. Der Beschwerdeführer befinde sich zwei Monate postoperativ noch in der Rekonvaleszenzphase, so dass die Zumutbarkeit derzeit noch nicht festgestellt werden könne. Medizinisch-theoretisch sei in den nächsten vier Wochen von einer weiteren Steigerung der Belastbarkeit auszugehen, so dass dann auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sukzessive wieder eine Arbeit aufgenommen werden könnte. Initial sei eine Überlastung der Wirbelsäule zu vermeiden. Die medizinische Prognose sei gut (S. 3). Die festgestellte psychische Störung (Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, ICD-10 F43.21, mit psychotraumatologischer Hintergrundsymptomatik, S. 1) begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung (S. 2).

### **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 (ambulant 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. 3.5**

Nach einer Hospitalisation vom 24. Dezember 2014 bis 13. Januar 2015 (Urk. 7/103) in der J.\_\_\_\_ gaben die Klinikärzte im Bericht vom 23. Februar 2015 an, der Beschwerdeführer habe in leicht gebesserem Allgemeinzustand in die gewohnte häusliche Umgebung entlassen werden können.

### **E. 3.6**

Die Assistenzärztin K.\_\_\_\_ und der Oberarzt L.\_\_\_\_ berichteten der IV-Stelle am 15. April 2015 nach einem Aufenthalt in der M.\_\_\_\_, Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen vom 20. Februar bis 25. März 2015 (Urk. 7/108/1-8). Sie nannten die Diagnosen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1), einer Segmentdegeneration L5/S1 bei einem Status nach Operation eines mediolateralen Bandscheibenvorfalles L5/S1 links mit Kompression der Wurzel S1 links am 14. September 2013, Bildgebung: Diskusdegeneration, Osteochondrosen der Grund- und Deckenplatten sowie leichte Facettengelenksdegeneration, Unfall am 6. März 2012 (Leitersturz aus 2,5 Metern Höhe) und persistierender Lumbalgie mit assoziierten ausstrahlenden Schmerzen beidseits rechtsbetont sowie Kribbelparästhesien im Bereich des gesamten rechten Beines. Zudem wiesen sie auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (perfektionistisch, leistungsorientiert) hin, die keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten (S. 2). Sie

berichtet von einem freiwilligen Eintritt auf Zuweisung der ambulanten Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ bei mittelgradiger depressiver Episode mit latenter Suizidalität bei einer psychosozialen Belastungssituation. Die Exploration habe sich aufgrund der Sprachbarriere als erschwert erwiesen (S. 2 f.). Die Mediziner gaben an, die depressive Entwicklung sei stark als Reaktion auf diverse soziale Belastungsfaktoren zurückzuführen, dazu zählten neben dem unklaren Aufenthaltsstatus insbesondere finanzielle Sorgen und fortdauernde juristische Auseinandersetzungen. Auf längere Sicht sei der Verlauf der depressiven Symptomatik stark von diesen äusseren Faktoren abhängig, weshalb eine schrittweise berufliche Wiedereingliederung aus medizinischer Sicht sehr zu empfehlen sei. Somit lasse sich ableiten, dass bei Rückgang der sozialen Belastungsfaktoren mit einer Besserung der depressiven Symptome zu rechnen sei. Als positiver prognostischer Faktor zeige sich die Motivation des Beschwerdeführers zur Arbeitssuche (S. 3 f.). Es werde die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im ambulanten Setting mit medikamentöser Therapie und Aufbau einer geregelten Tagesstruktur empfohlen (S. 4). Der Beschwerdeführer leide krankheitsbedingt unter leichten Einschränkungen des Konzentrationsvermögens, der Anpassungsfähigkeit und der Belastbarkeit. Es sei im Rahmen der depressiven Symptomatik von einer verminderten Leistungsfähigkeit auszugehen, so dass eine langsame schrittweise Steigerung der Arbeitsbelastung empfohlen werde (S. 5).

### **E. 3.7**

Am 16. November 2015 erstattete die Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/137/1-56) in den Fachrichtungen Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin (Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Facharzt Rheumatologie FMH), Psychiatrie und Psychotherapie (med. prakt. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie Neurologie (Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und med. prakt. Q.\_\_\_\_). Der Chefarzt Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH und Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wirkte beim Erstellen der Expertise ebenfalls mit. Die Gutachter nannten die folgenden Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 50): – Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) – Status nach Diskushernie L5/S1 links – Status nach interlaminärer Fenestration L5/S1 links, Flavektomie und Diskektomie im September 2012, chronisches lumboschialgiformes Schmerzsyndrom links mehr als rechts

Zudem nannten sie die folgenden Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 50): – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1)

### **E. 4**

) – Diffuse Sensibilitätsstörung lateral am rechten Bein – keinem Dermatome oder Versorgungsgebieten peripherer Nerven entsprechend, Differenzialdiagnose: funktionell

Die Gutachter gaben an, die anfängliche Arbeitsunfähigkeit im März 2012 sei aus somatischen Gründen wegen Bandscheiben bedingter Beschwerden erfolgt, die im weiteren Verlauf immer mehr durch psychische Faktoren überlagert worden seien (S. 53). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die betreuenden allgemeinmedizinischen Hausärzte des Beschwerdeführers liessen sich zum Teil aus neurologischer Sicht nachvollziehen, so die 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 3. September bis 16. November 2012 für die Zeit vor und nach der Diskushernienoperation (S. 51). Ebenfalls nachvollziehbar sei die in den Berichten von PD Dr. S.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, attestierte 100%ige Arbeitsun-

fähigkeit vom 25. Juli bis 31. August 2012 (S. 48).

Rheumatologisch sei aktuell vorwiegend ein myofasciales Schmerzsyndrom lumbosakral zu beschreiben. Bildgebend fänden sich aktuell mässige degenerative Veränderungen an der unteren Lendenwirbelsäule und eine leichte skolio tische Fehlhaltung. In den Funktionsaufnahmen seien keine Instabilitätszeichen ersichtlich (S. 51). Neurologisch werde der Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1 links beschrieben sowie eine diffuse Sensibilitätsstörung am rechten Bein, die als funktional anzusehen sei. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht bestünden nach der Bandscheibenoperation die folgenden qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit: Keine schweren Hebe- und Tragebelastungen und keine langzeitigen vorgeneigten Zwangshaltungen (S. 52). Leicht e bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten, die ein Wechsel der Position ermöglichen, könne der Beschwerdeführer vollumfänglich ausführen (S. 49 und 53).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Heizungsmonteur zu 50 % eingeschränkt, und zwar wegen der mittelgradigen depressiven Episode und dabei vor allem wegen des durch diese Erkrankung eingeschränkten Antriebs und der dadurch ebenfalls eingeschränkten Konzentration und Aufmerksamkeit (S. 52). Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte zumindest seit dem ersten Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2014. Seit diesem Zeitpunkt werde in den Akten jeweils die Diagnose einer mittelgradigen bis schwergradigen depressiven Episode gestellt. Anhand der Berichte lasse sich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nachvollziehen. Die Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode könne indes nicht nachvollzogen werden. Vor dem 10. Mai 2014 sei jeweils die Diagnose einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion gestellt worden. Diese Erkrankung schränke die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht ein (S. 53).

Der Beschwerdeführer gab gegenüber den Gutachtern an, ausser an den dauernden Schmerzen, die stets bei einem 0-10-Skalawert von mindestens 4 und nach Belastungen häufig bei 10 liegen würden, unter Tagesmüdigkeit und leichten Konzentrationsproblemen wegen des gestörten Schlafs und der chronischen Schmerzen zu leiden (S. 24). Er sei vor allem müde, erschöpft und ausgelaugt (S. 27). Der psychiatrische Gutachter nannte im Psychostatus eine schwächer als normal ausgeprägte Mimik und Gestik. Der Beschwerdeführer spreche leise und monoton. Er sei indes wach und allseits orientiert. Die Konzentration und Aufmerksamkeit nähmen aber im Laufe des Gesprächs ab. Das Gedächtnis sei normal. Das formale und inhaltliche Denken sei unauffällig. Es bestünden keine Hinweise für Zwänge, Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder für Ich-Störungen. Die Grundstimmung sei betrübt. Der Beschwerdeführer wirke vor allem müde, erschöpft und ausgelaugt. Der affektive Rapport sei nur teilweise herstellbar gewesen. Der Antrieb sei eingeschränkt und die Psychomotorik sei weniger stark ausgeprägt als normal (S. 28).

In der Diskussion der Standardindikatoren gab der psychiatrische Gutachter unter anderem an, er gehe von einer de lege artis durchgeführten Therapie mit ambulanter psychiatrischer Behandlung, psychiatrischer Medikation und einer einmaligen Hospitalisation in der M.\_\_\_\_ aus. Daneben war der Beschwerdeführer wegen der Schmerzen im Jahr 2012 in der E.\_\_\_\_ und während des Jahreswechsels 2014/2015 in der J.\_\_\_\_ hospitalisiert (S. 35; E. 3.2 und E. 3.5). Die Kooperation des Versicherten sei gut, er habe alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft (S. 35).

Die Arbeitsprognose ist nach Einschätzung der Gutachter durch einige soziale Faktoren getrübt, wie eine Migrationsproblematik, bescheidene Deutschkenntnisse, eine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit, eine Selbstlimitierung und subjektive Krankheitsüberzeugung sowie ein kritischer Aufenthaltsstatus (S. 54).

#### **E. 4.1**

Nach Lage der medizinischen Akten leidet der Beschwerdeführer seit März 2012 an Rückenbeschwerden und in der Folge zusätzlich an einer Depression und einer somatoformen Schmerzstörung, wobei letztere nach Ansicht der Z.\_\_\_\_-Gutachter die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkt. Im September 2012 unterzog er sich einer Diskushernienoperation, die keine nachhaltige Besserung brachte. Daneben bestehen erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren.

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ kamen in ihrer Expertise vom 16. November 2015 zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Einschränkungen für die Zeit vor der Diskushernienoperation vom 14. September 2012 bis zum Abschluss der Rehabilitation in allen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig war. Eine darüber hinausgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit konnten die Gutachter nicht bestätigen.

Eingeschränkt ist der Beschwerdeführer laut der Einschätzung der Gutachter seit März 2012 (Unfall) mit Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiter Rohrleitungsbau. Er sollte aufgrund der operativ sanierten Diskushernie schwere Hebe- und Tragebelastungen und langzeitige vorgeneigte Zwangshaltungen meiden .

Darüber hinaus ist der Beschwerdeführer laut Z.\_\_\_\_-Gutachten als Folge der mittelgradigen depressiven Episode seit dem 15. Mai 2014 in allen Tätigkeiten zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt.

#### **E. 4.2**

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten Z.\_\_\_\_ vom 16. November 2015 (Urk. 7/137/1-56), das nach fachärztlichen Untersuchungen am 6. und 8. Oktober 2015 in den massgeblichen Disziplinen und unter Beizug eines Dolmetschers und in Kenntnis der Akten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerde zustande kam, den Anforderungen an eine beweiswertige medizinische Entscheidungsgrundlage zu genügen vermag (E. 1.4), weshalb auf diese Expertise abgestellt werden kann. Der hauptgutachterliche rheumatologische Teil ist zwar relativ knapp gefasst, aber entsprechend den nicht gravierenden Untersuchungsergebnissen (Urk. 1/137/1-56 S. 25 f.) und Angaben in den Vorakten plausibel begründet. Die Einschätzung, wonach leichte bis mittel schwere Arbeiten in wechselbelastender Position und ohne langzeitige vorgeneigte Zwangshaltungen aus somatischer Sicht zu 100 % zumutbar sind, stimmt insbesondere auch mit den Ergebnissen der EFL in der H.\_\_\_\_ vom 27. November 2013 (E. 3.3) überein.

Schlüssig begründet ist auch die Einschätzung, wonach die im Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2014 genannte schwergradige depressive Episode aufgrund der dortigen Angaben nicht nachvollzogen werden könne (Urk. 1/137/1-56 S. 30).

Nicht zu überzeugen vermag demgegenüber die kritische Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 25. Dezember 2015 (Urk. 7/142/1-3), in der sich die behandelnde Psychiaterin zu den Auswirkungen der Rückenverletzung und Schmerzen auf die Arbeitsfähigkeit und somit ausserhalb ihres Fachgebietes äusserte und die sozialen Faktoren

als vernachlässigbar bezeichnete (vgl. dem gegenüber die widersprechenden Angaben in ihren Vorberichten, E. 3.4, dem Einweisungsschreiben zuhanden der M.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2015, Urk. 7/95 S. 2, und Urk. 7/100/1-9). Mit Bezug auf die Auswirkungen der somatoformen Schmerz störung beschränkte sich die Kritik auf grundsätzliche Ausführungen ohne Bezug zum konkreten Fall.

### **E. 4.3**

Zu diskutieren ist indes die sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite der gutachterlichen Einschätzungen mit Bezug auf einen Rentenanspruch, da den medizinischen Experten bei der Beurteilung, wie sich die erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt (BGE 140 V 193 E. 3.2, Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). Ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechts erheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist eine frei überprüfbare Rechtsfrage (BGE 141 V 281 E. 7; vgl. grundsätzlich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit BGE 140 V 193). Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht, indem an die zuerst erfolgende ärztliche Stellungnahme eine – freie – juristische Beurteilung der noch zumutbaren Arbeitsleistung anschliesst (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193 und 130 V 352 E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer renten begründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (BGE 127 V 294 E. 5a; Urteile des Bundesgerichts 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.1 und 9C\_534/2015 vom 1.

März 2016 E. 1.4).

Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliert (BGE 143 V 66 E. 5.3.5 mit Hinweisen).

#### **E. 4.4.1**

Der psychiatrischen Gutachter diagnostizierte nach Untersuchung vom 6. Oktober 2015 eine mittelgradige depressive Episode. Er attestierte dem Beschwerdeführer als Folge der daraus fliessenden Einschränkungen eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten. Diese bestehe zumindest seit dem 10. Mai 2014 (Zeitpunkt der Erstdiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode durch die behandelnde Psychiaterin).

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.

#### **E. 4.4.2**

Ein im Sinne dieser Rechtsprechung erwiesenermassen therapieresistente depressive Erkrankung kann vorliegend nicht bejaht werden. Nach Lage der medizinischen Akten ist in der Hauptsache nicht das Scheitern einer konsensuellen Therapie der Grund für den

Weiterbestand der mittelgradigen Depression (wobei angesichts der strengen Rechtsprechung auch fraglich ist, ob eine Konsultation alle zwei bis drei Wochen einer rechtsprechungsgemäss optimalen Behandlung entspricht, vgl. Urk. 7/94 S. 3; vgl. auch Urk. 7/95 S. 3; vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.2). Die reaktive Depression wurde nach Angabe des psychiatrischen Gutachters durch die Schmerzen und psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst wie finanzielle Probleme, eine unklare Zukunft, Probleme mit der Unfallversicherung und damalige Eheprobleme, die zur Scheidung geführt hätten (Urk. 7/137/1-56 S. 32 und 33; so auch die Ärzte der M.\_\_\_\_, Urk. 7/108 S. 1 und die behandelnde Ärztin etwa in ihrem Einweisungsschreiben zuhanden der M.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2015, Urk. 7/95 S. 2). Der weitere Verlauf der depressiven Symptomatik ist laut Arztberichten ebenfalls stark von diesen äusseren Faktoren abhängig (vgl. etwa Urk. 7/108 S. 1 und 3). Die Einweisung in die M.\_\_\_\_ durch die behandelnde Psychiaterin mit Schreiben vom 4. Februar 2015 (Urk. 7/95) erfolgte, da der Beschwerdeführer nach Erhalt des abschlägigen IV-Vorbescheids vom 15. Januar 2015 (Urk. 7/93) und eines Bescheids der Fremdenpolizei, wonach er die Schweiz am 15. März 2015 verlassen müsse, wieder in einer hoffnungslosen Situation gewesen sei (S. 4). Vorliegend spielen somit zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren eine Rolle als selbständige und insoweit nicht versicherte direkte Ursache der Leistungseinschränkung (vgl. das vorgenannte Bundesgerichtsurteil 8C\_444/2016 E. 6.2.3 mit Hinweis).

Unter diesen Umständen kann nicht losgelöst von diesen direkt wirkenden psychosozialen Faktoren – welche grundsätzlich ausser Acht zu bleiben haben – von einem definitiven Scheitern einer lege artis durchgeführten Therapie gesprochen werden.

#### **E. 4.4.3**

Nicht schlüssig erscheint die gutachterlich attestierte 50%ige Einschränkung auch mit Bezug auf den vom Beschwerdeführer geschilderten Tagesablauf, der keine besonderen Auffälligkeiten zeigt. Der Beschwerdeführer gab an, er stehe häufig schon nach sechs Uhr auf, manchmal auch später und nehme einen Kaffee mit seiner Freundin – beziehungsweise seit kurzem Ehefrau –, die zur Arbeit gehe. Von neun bis zwölf besuche er seit einem Jahr einen Deutschkurs, der durch das Sozialamt veranlasst und finanziert worden sei. Er koche das Mittagessen und esse zusammen mit seiner Ehefrau, nachher müsse er sich hinlegen. Nachmittags gehe er Velo fahren und zwar etwa eine Stunde lang mit einer Pause dazwischen (Urk. 7/137/1-56 S. 21 f.). Zudem schreibe er am Nachmittag Bewerbungen und nehme Termine (IV/Arztbesuche) wahr (Urk. 7/137/1-56 S. 43). Wenn sie genügend Zeit hätten, gingen sie auch zusammen spazieren. Er habe wenige Kollegen, abends sässen sie oft vor dem Fernseher (Urk. 7/137/1-5

#### **E. 4.4.4**

Schliesslich beschrieb der psychiatrische Gutachter die Persönlichkeit des Beschwerdeführers als normal. Er legte nachvollziehbar begründet dar, dass der Beschwerdeführer zwar vor dem Unfall gerne und auch viel gearbeitet habe. Er denke, dass der Beschwerdeführer über eine gute Arbeitsmoral verfüge, die aber bei vielen Menschen vorkomme. Deshalb möchte er nicht speziell die Diagnosen von akzentuierten leistungsorientierten Persönlichkeitszügen stellen. Er habe auch keine Hinweise dafür, dass der Beschwerdeführer über das normale Mass hinaus perfektionistisch sei, weshalb er auch nicht die Diagnose von akzentuierten perfektionistischen Persönlichkeitszügen stellen

wolle (Urk. 7/137/1-56 S. 30 und 32).

Rechtsprechungsgemäss lässt sich somit mit der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode kein invalidisierender Gesundheitsschaden begründen.

#### **E. 4.5**

Kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat nach Angabe des psychiatrischen Gut achters die nur leichtgradig ausgeprägte anhaltende somatoforme Schmerzstö rung (Urk. 7/137/1-56 S. 33). Auf diese Einschätzung kann abgestellt werden, zumal massgebende funktionelle Auswirkungen auch mit Blick auf die Stand ard indikatoren ( BGE

141

V

281

E. 4.3.1) bei stark mitprägenden psychosozialen Belastungsfaktoren ( vgl.

BGE 141 V 281 E.

4.3.1.1) , die auch den Behand lungs erfolg negativ beeinflussen ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.4 mit Verwei s auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2), fehlender

erheblicher somatischer Komorbidität (Urk. 7/137/1-56 S. 32), Unterstützung durch Ehefrau, Bekannte und die behandelnde Psychiaterin (vgl. das Protokoll zur Eingliederungsberatung vom 29. Oktober 2014, Urk. 7/94), guter Arbeits moral und einem Tagesablauf ohne besonderen Auffälligkeiten (E. 4.4.3) trotz vorhandenem Leidensdruck, mangelhaften Deutschkenntnissen und Schwierig keiten bei der Stellensuche nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr scheinlichkeit erstellt sind.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass invalidisierende Folgen der psychischen gesundheitlichen Beeinträchtigung en

in Anwendung der Rechtsprechung zu verneinen sind . 5. 5.1

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der somatischen Einschrän kungen. 5.2

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalidenein kommen) , in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommens ver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die b eiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtspre chung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausge ge benen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V

297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.3

In der Schweiz arbeitete der Beschwerdeführer von Juni 2011 bis März 2012 an zwei verschiedenen Orten in Hilfsarbeiterfunktionen. Laut IK-Auszug erzielte er am ersten Arbeitsort in der Zeitspanne von Juni bis Oktober 2011 (5 Monate) ein Einkommen von Fr. 24'147.-- (Urk. 7/99), was einem monatlichen Einkommen von Fr. 4'829.40 und einem Jahreseinkommen von Fr. 57'952.80 entspricht. Unklar bleibt, was der Beschwerdeführer in der zweiten, bei Eintritt des Gesundheitsschadens während rund fünf Monaten ausgeübten Tätigkeit im Rohrleitungsbau verdiente. Ausgehend von der vertraglichen Jahresstundenzahl von 2080 und einem vertraglichen Grundlohn von Fr. 21.15 unter Hinzurechnung eines 13. Monatslohns (8.33 %) ergäbe sich ein Jahreseinkommen von Fr. 47'656.53 (vgl. den nur unvollständig vorhandenen Arbeitsvertrag vom 25. November 2011, Urk. 7/84/239-240 und die Angaben in der Schadenmeldung UVG, Urk. 7/84/242). In der IV-Anmeldung vom 14. November 2012 gab der Beschwerdeführer einen Jahreslohn von Fr. 50'400.-- an (Urk. 7/4). Für die Zeitspanne vom 25. November bis Ende Dezember 2011 meldete die laut Zefix gelöschte ehemalige Arbeitgeberin Y. \_\_\_ in Liquidation AHV-Beiträge für einen Lohn im Betrag von Fr. 4'751.-- (vgl. IK-Auszug, Urk. 7/99). Im Anschluss gibt es keine Einträge mehr. Angesichts der Löschung der letzten Arbeitgeberin wäre der Beschwerdeführer ohnehin nicht mehr dort beschäftigt.

Bei dieser Sachlage rechtfertigt es sich, sowohl für die Ermittlung des Valideneinkommens als auch für die Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens in einer angepassten Tätigkeit (der Beschwerdeführer hat bisher keine ihm zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen) auf den Medianlohn für einfache und repetitive Tätigkeiten im Total gemäss LSE 2010 abzustellen

(vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/

Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a IVG, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung), der Fr. 4'901.-- im Monat betrug und an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2013 sowie an die wöchentliche durchschnittliche Arbeitszeit im Jahr 2013 anzupassen wäre.

Da im Ergebnis für beide Vergleichseinkommen auf denselben Lohn abgestellt wird kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden.

Da dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, entspricht der Invaliditätsgrad bei dieser Sachlage einem allfälligen leidensbedingten Abzug, der maximal 25

% betragen kann (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad wird somit nicht erreicht. Bei fehlendem Eintritt des Versicherungsfalls „Invalidität“ erübrigt sich die Prüfung der versicherungsmässigen Voraussetzungen.

Im Ergebnis erweist sich somit die das Renten begehren abweisende Verfügung vom 14. Januar 2016 (Urk. 2) als rechtmässig.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

## **E. 6**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr.

## **E. 8**

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der Beschwerdeführer stellte mit seiner Beschwerde vom 14. Februar 2016 (Urk. 1) ein Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (S. 1) und reichte in der Folge als Beleg seiner Bedürftigkeit eine Unterstützungsbestätigung des Sozialzentrums vom 18. März 2016 ein (Urk. 9). Die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung sind erfüllt, weshalb das Gesuch zu bewilligen und die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen sind, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 14. Februar 2016 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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: - Milosav Milovanovic - 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 Gräub-Oertli

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