

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00731 vom 6. Juni 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00731](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00731)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00731 du 6 juin 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00731 del 6 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1980, war zuletzt vom 6. Dezember 2012 bis am 25. Januar 2015 bei der Y.\_\_\_\_ AG, temporär als Hilfsbodenleger tätig (vgl. Urk. 7/6 Ziff. 5.4, Urk. 7/18). Unter Hinweis auf eine Depression meldete sich der Versicherte am 19. August 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/6 Ziff. 6.2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/14, Urk. 7/42) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/30; Urk. 7/34) mit Verfügung vom 23. Mai 2016 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/37 = 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). 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 des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 Bundesgerichts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2014).

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 28 Abs. 1 IVG).

### **E. 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 arbeitsunfähig 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). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 23. Juni 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei festzustellen, dass er Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung habe. Weiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Am 27. September 2016 (Urk. 11) reichte der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte (Urk. 12/1-2) ein.

Mit Gerichtsverfügung vom 25. Oktober 2016 wurde antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort und der Beschwerdegegnerin die Eingaben des Beschwerdeführers zugestellt (Urk. 13). Am 2. November 2016 (Urk. 15) reichte der Beschwerdeführer zwei ärztliche Zeugnisse (Urk. 16/1-2) ein, welche der Beschwerdegegnerin am 14. November 2016 zur Kenntnisnahme zugestellt wurden (Urk. 17). Drei medizinische Berichte neueren Datums (Urk. 19/1-3) wurden sodann mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 24. Mai 2017 eingereicht (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung:

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass kein medizinischer Sachverhalt beschrieben worden sei, welcher in der Art und Schwere die Voraussetzungen gemäss Art. 8 ATSG erfülle. Es führten vor allem psychosoziale Faktoren zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche von der Invalidenversicherung nicht zu berücksichtigen seien (S. 2).

1). Es sei kein Gesundheitsschaden ausgewiesen, welcher voraussichtlich bleibend sei oder über längere Zeit andauern werde. Es bestehe daher kein Anspruch auf Leistungen der

Invalidenversicherung (S. 2). Aufgrund der beschriebenen Befunde sei die im Bericht der Klinik Z. \_\_\_ vom 3. März 2016 diagnostizierte schwere depressive Episode nicht nachvollziehbar. Zudem sei am 28. Juni 2016 im Gutachten des Krankenversicherers lediglich noch eine leichtgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Es fehle somit eindeutig an der vorausgesetzten Schwere (Urk. 6 S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte der Beschwerdeführer geltend, er sei aufgrund eines depressiven Leidens seit Januar 2015 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 3 Ziff. 1). Die Behauptung, es lägen psychosoziale Belastungsfaktoren vor, werde bestritten und sei nicht begründet (S. 5 Ziff. 8). Bei der von der Beschwerdeführerin beigezogenen Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) habe es sich um keine Fachärztin

für Psychiatrie und Psychotherapie gehandelt, und auf ihre Einschätzung könne nicht abgestellt werden (S. 6 Ziff. 9). Wiedereingliederungsmassnahmen seien in die Wege zu leiten. Er habe auch Rückenschmerzen; entsprechende Berichte würden nachgereicht (S. 6 Ziff. 10).

### **E. 2.3**

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

Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 19. August 2015 (Urk. 7/4/1-2) als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Dr. A. \_\_\_ führte aus, seit dem 7. April 2015 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 6). Es habe vom 18. Mai bis 17. Juli 2015 eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik der B. \_\_\_ stattgefunden (Ziff. 2). Der Beschwerdeführer leide an Erschöpfung, an eingeschränkter Konzentration und an Grübeln. Die Prognose sei gut (Ziff. 3). 3.2

Die Fachpersonen der B. \_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 9. September 2015 (Urk. 7/33/14-16) als Diagnose eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0).

Der Beschwerdeführer sei vom 18. Mai bis 17. Juli 2015 bei ihnen in Behandlung gewesen (S. 1). Er sei zum ersten Mal in tagesklinischer Behandlung gewesen mit einer leicht bis mittelgradig depressiven Episode, einhergehend mit Ein- und Durchschlafstörungen, anhaltender gedrückter Stimmung und reduzierten Vitalgefühlen im Zusammenhang mit Existenzängsten und Überlastung durch temporäre Arbeitsverhältnisse. Er sei ein freundlicher, sympathischer, introspektiver, geselliger und gut aussehender Mann. Seine Ressourcen seien Velofahren und Familienausflüge (S. 1). Die Fachpersonen hielten fest, ein zeitnahe Wiedereinstieg in die Arbeit, wenn möglich mit schrittweise steigendem Pensum, sei zu empfehlen (S. 2 oben).

Die Fachpersonen führten aus, Themen in der Behandlung seien gewesen, eine geeignete Tagesstruktur zu entwickeln und seine Einschlafproblematik sowie seine reduzierten Vitalgefühle und den beeinträchtigten Antrieb zu verbessern. Seine depressive Symptomatik habe sich im Verlauf der Behandlung sukzessive stabilisiert und verbessert. Im weiteren Verlauf sei das Zustandsbild aufgrund verschiedener Belastungsfaktoren (Tod eines Familienangehörigen, gravierender finanzieller Verlust) stagniert (S. 2 unten). 3.3

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Pharmazeutische Medizin, nannte in seinem am 19. September 2015 zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten psychiatrischen Gutachten (Urk. 7/14/2-5) als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), die weiterhin floride sei. Hinweise auf eine affektive Erkrankung mit episodentartigem Verlauf einer Depression beziehungsweise einer bipolaren Störung hätten sich in der Vorgeschichte nicht gefunden. Reaktive beziehungsweise äussere Einflüsse, welche die Depression begünstigen könnten, lägen nach seiner Kenntnis ebenfalls nicht vor (S. 3 unten).

Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, dem Beschwerdeführer, welcher über ein Temporär- Büro als Hilfsarbeiter im Bereich Unterlagsböden angestellt gewesen sei, werde seit Ende Januar beziehungsweise März 2015 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Arbeitsdispens sei angesichts einer floriden depressiven Episode aktuell ausgewiesen. Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, er könne den Verlauf im jetzigen Zeitpunkt noch nicht skizzieren, so dass er pragmatisch vorschlage, von einer weiteren Arbeitsunfähigkeit des Versicherten für weitere drei Monate, mithin also bis Mitte Dezember 2015 auszugehen. Er empfehle etwa Mitte November einen Verlaufsbericht bei Dr. A.\_\_\_\_ einzuholen. Die Prognose bei einer mittelgradigen depressiven Episode sei unter sachgerechter Behandlung als prinzipiell günstig zu bewerten und es sei grundsätzlich davon auszugehen, dass eine solche Erkrankung innerhalb weniger Monate deutlich rückläufig sei (S. 4).

Der Versicherte habe angegeben, dass sein psychischer Gesundheitszustand seit rund zwei Monaten praktisch unverändert sei. Weiterhin sei der Nachtschlaf unterbrochen und tagsüber sei er müde. Ausserdem beklage er eine Vergeßlichkeit. Im Zuge seiner Depression habe er nichts Positives mehr gesehen. Inzwischen habe er wieder damit begonnen, mit seiner Familie nach draussen zu gehen und sich mit seinen beiden Söhnen zu beschäftigen. Um sich besser konzentrieren zu können, habe er mit Bücherlektüre begonnen. Er habe sich in der Bibliothek albanische Literatur besorgt und versuche diese zu lesen (S. 2 unten f.).

Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, der psychopathologische Befund sei zum Zeitpunkt der Evaluation durch eine leichte bis mittelgradige Verschiebung der Stimmungslage zum depressiven Pol gekennzeichnet gewesen. Die affektive Auslenkbarkeit sei leicht eingeschränkt gewesen (S. 3 oben). 3.4

Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 2. Oktober 2015 (Urk. 7/16/1) als Diagnose eine depressive Störung. Der Patient leide an einer psychischen Erkrankung (depressive Störung?) und werde psychotherapeutisch durch Dr. A.\_\_\_\_ behandelt. Die Arbeitsfähigkeit werde durch die psychische Erkrankung beeinflusst, und die Beurteilung erfolge durch den behandelnden Psychiater. Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, aus somatischer Sicht ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. 3.5

Die Ärzte der Psychiatrischen Klinik Z.\_\_\_\_, Spital E.\_\_\_\_ Psychiatrische Dienste, stellten in ihrem Bericht vom 3. März 2016 (Urk. 7/23) folgende Diagnosen (S. 1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.8)

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei vom 13. Januar bis 4. März 2016 bei ihnen in der Klinik gewesen (S. 1). Er sei aufgrund der depressiven Symptomatik zur stationären Aufnahme gekommen und habe erklärt, an Schlafstörungen und Angstzuständen zu leiden.

In den therapeutischen Gesprächen sei der Versuch gescheitert, teilweise ein therapeutisches Verhältnis aufzubauen. Er habe nach der Aufnahme ständig angegeben, dass sich sein psychischer Zustand verschlechtert habe. Aufgrund von Nebenwirkungen (Libidoverlust) sei Cymbalta abgesetzt worden. Es sei eine Venlafaxin-Einstellung versucht worden, der Patient habe sich jedoch negativ über die Einnahme geäußert und gesagt, dass die Nebenwirkungen weiter präsent seien und er keine Verbesserung verspüre. Um die Schlafqualität zu verbessern sei eine Erhöhung des Trittico versucht worden, doch auch hier habe der Patient angegeben, es helfe nichts.

Hinsichtlich der Alpträume habe er erklärt, dass diese im Zusammenhang mit der Depression aufgetreten seien. Obwohl er im Kosovo schlechte Zeiten erlebt habe, habe der Patient angegeben, dass er nicht traumatisiert sei und den Krieg quasi nur erlebt habe, weil der Vater und ein Onkel eine Invalidenrente erhalten hätten, da diese im Krieg schwer verletzt worden seien (S. 2 f. unten).

In den Therapiegruppen habe sich der Patient oftmals nicht beteiligt, sich im Gespräch passiv gegeben und desinteressiert gewirkt. Er habe sich immer wieder in die Rolle eines besonderen Aussenseiters platziert, für den alle üblichen Regeln nicht gälten.

Der Patient habe angegeben, dass er wünsche, dass eine Entscheidung über seine Entlassung getroffen werde. Es sei ihm erklärt worden, dass er diese Entscheidung treffen müsse, da sie von seiner Therapiemotivation hinsichtlich der narzisstischen Persönlichkeitsstörung abhängen, und er habe sich dann für eine Entlassung am 4. März 2016 entschieden. Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer sei für die ganze Dauer des Aufenthaltes und bis zum 8. März 2016 arbeitsunfähig (S. 3 Mitte). 3.6

Dr. A. \_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 16. März 2016 (Urk. 7/25)

als Diagnose eine seit Januar 2015 bestehende mittelgradige depressive Episode ; ICD-10 F32 .1 (Ziff. 1.2) . Wegen der Verschlechterung der Depressivität mit Konzentrationsstörungen, Rückzug und Traurigkeit sei vom 13. Januar bis 4. März 2016 eine stationäre Behandlung in der Psychiatrischen Klinik Z. \_\_\_ in der Abteilung für transkulturelle Psychotherapie erfolgt. Leider sei keine Besserung der Symptomatik durch die stationäre Behandlung eingetreten (Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer sei seit dem 7. April 2015 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle sei am 16. März 2016 erfolgt (Ziff. 3.1). Derzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2). Ab Mai 2016 erscheine ein Wiedereingliederungsversuch möglich und sinnvoll, damit der Kontakt zum Arbeitsleben und zu geregelter Tätigkeit nicht verloren gehe (Ziff. 4.2; vgl. auch Urk. 7/27 sowie Urk. 7/33/8-11). 3.7

Dipl.-Med. G. \_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Prävention und Gesundheitswesen, RAD , führte in ihrer Stellungnahme vom 8. April 2016 (Urk. 7/29/4) aus, aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht könne das Vorliegen einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode nicht nachvollzogen werden. Die Kriterien für das Vorliegen einer derartigen psychischen Erkrankung seien nicht erfüllt. Der Kunde verfüge über positive Ressourcen, könne sich mit seinen Söhnen beschäftigen und habe begonnen, Bücher zu lesen (Gutachten Dr. C. \_\_\_ vom 19. September 2015). Derartige Aktivitäten seien mit einer (mittelschweren) Depression nicht vereinbar.

Der Aufenthalt in Z. \_\_\_ könne nicht als gelungen bezeichnet werden. Hinzuweisen sei auf den Umstand, dass das Medikament Cymbalta wegen Libidoverlust habe abgesetzt werden

müssen, was den Rückschluss zulasse, dass eine solche bei Eintritt in die Klinik noch vorhanden gewesen sei. Auch dieser Umstand spreche gegen das Vorliegen einer Depression. Das Verhalten des Kunden während des Klinikaufenthaltes sei gekennzeichnet gewesen durch ablehnendes Verhalten und durch eine Aussenseiterrolle, auch seien Aggressionen beschrieben worden. Zusammenfassend könne ein Gesundheitschaden, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke, nicht festgestellt werden. Psychosoziale Faktoren seien vordergründig. 3.8

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, nannte in seinem Bericht vom 22. Juni 2016 (Urk. 10/6) als Diagnose ein cervikoradikuläres Reizsyndrom rechts ohne sensomotorisches Defizit bei rechts paramedian bis foraminal reichender Diskushernie und eine zurzeit kompensierte depressive Störung (S.

1 oben). Zur Anamnese führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an rezidivierenden Lumbalgien nach Überlastung als Mitarbeiter einer Unterlagsbodenfirma. Im Jahr 2007 seien erstmals Nacken/Schulterschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Handgelenk aufgetreten. Der Beschwerdeführer sei ihm vom Hausarzt zugewiesen worden wegen zervikothorakalen Schmerzen und Verdacht auf eine Diskushernie, nachdem Physiotherapie und medikamentöse Unterstützung wenig Erfolg e

gezeigt hätten (S. 1 Mitte).  
Dr. H.\_\_\_\_ hielt fest, langfristig dürfte der Patient nur körperlich leichte Arbeiten ausführen, was er jedoch bezweifle und auf seine Depression hinweise. Der Patient sei wahrscheinlich noch für zwei bis drei Monate zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2). 3.9

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, erstattete am 28. Juni 2016 sein psychiatrisches Gutachten zuhanden des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/42/4-24). Er konnte nach Begutachtung des Beschwerdeführers am 13. Juni 2016 keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nennen (S. 1 und S. 19 Ziff. 6). Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine leichtgradige depressive Episode; ICD-10 F32.0 (S. 19 Ziff. 7).

Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, als Hilfsarbeiter im Bereich Unterlagsböden bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungsdatum vom 13. Juni 2016, welches auch für eine Verweistätigkeit gelte (S. 20 Ziff. 10). Da zum jetzigen Zeitpunkt maximal noch eine leichtgradige depressive Episode zu diagnostizieren sei, sei der Gesundheitszustand als ausreichend stabil zu bezeichnen. Eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes sei daher nicht zu erwarten. Es sei jedoch davon auszugehen, dass sich der Zustand der versicherten Person weiterhin stabilisieren werde (S. 20 Ziff. 9).

Laut Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der Erhebung der Sozialanamnese/Biographie habe er 1987 für acht Jahre die Grundschule bis 1995 im Kosovo besucht und anschliessend von 1995 bis 1998 das Gymnasium. Er habe jedoch aufgrund des Krieges keinen Abschluss absolvieren können. Von April 1998 bis Juni 1999 habe er Militärdienst geleistet, sei dabei jedoch im eigenen Dorf geblieben und nie mit dem Kriegsgeschehen oder mit Toten in Kontakt geraten. Im Jahre 2000 habe er das Gymnasium mit Abschluss Abitur beendet. 2004 sei er in die Schweiz eingereist. Zunächst habe er nicht gearbeitet, im April 2005 dann als Maschinist für Unterlagsböden bis 2008 und daraufhin als Hilfsbodenleger bis 2011. Wegen Arbeitsmangel habe er im April 2012

die Kündigung erhalten. Seither sei er in temporärer Anstellung gewesen, ihm sei im September oder Oktober 2015 aufgrund von Krankheit gekündigt worden (S. 8 Ziff. 3.4).

Dr. I.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer leide seit Anfang Januar 2015 an einer depressiven Episode. Bei der Begutachtung durch Dr. C.\_\_\_\_ im September 2015 habe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert werden können, bei guter Prognose. Im Widerspruch dazu stehe die Diagnose vom Spital E.\_\_\_\_, Psychiatrischer Dienst, nach stationärem Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 13. Januar bis 4. März 2016, wo eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome sowie eine sonstige spezifische Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden seien. Auf die Persönlichkeitsstörung sei in dem Verlaufsbericht nicht näher eingegangen worden. Während der jetzigen Untersuchung hätten sich keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung gezeigt, und die schwere depressive Episode sei überhaupt nicht nachvollziehbar. Auffallend sei auch, dass die antidepressive Medikation nicht optimiert eingesetzt werden könne, da der Versicherte immer wieder über unerwünschte Nebenwirkungen und mangelnde Wirkung berichtet habe, was so primär nicht nachvollziehbar sei. Im massiven Widerspruch zu der schweren depressiven Episode stehe, dass es der Beschwerdeführer kurz vor dem stationären Aufenthalt auch noch geschafft habe, die Eltern im Kosovo zu besuchen.

Dr. I.\_\_\_\_ hielt fest, während der jetzigen Begutachtung hätten sich keine Hinweise für eine depressive Symptomatik gezeigt, sodass hier maximal noch von einer leichten depressiven Episode ausgegangen werden könne. Diese Besserung sei auch ohne Medikation eingetreten, sodass eine weitere medikamentöse Therapie eine Stabilisierung erbringen könne, jedoch auch nicht unbedingt notwendig sei (S. 19 f. Ziff. 8). 3.10

Erst nach Verfügungserlass vom 23. Mai 2016 (Urk. 2) reichte der Versicherte im Beschwerdeverfahren ärztliche Berichte neueren Datums ein: Dabei gibt der Bericht der B.\_\_\_\_ vom 5. September 2016 (Urk. 12/1) Auskunft über das Vorgespräch mit lic. phil. J.\_\_\_\_, Therapeutische Leiterin der Klinik K.\_\_\_\_, vom 2. September 2016 und die gestellten Diagnosen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode und eines Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2017 (Urk. 19/1) betreffend den stationären Aufenthalt in der Klinik K.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2016 bis 19. Januar 2017 nannten lic. phil. J.\_\_\_\_ und lic. phil. L.\_\_\_\_, Psychologin, die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer mittelgradigen depressiven Episode. Während der gesamten Hospitalisation sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 31. Januar 2017 attestiert worden. In den Berichten des M.\_\_\_\_ vom 2. und 22. März 2017 (Urk. 19/2-3) wurde sodann die Diagnose von cervikothorakalen Schmerzen rechtsbetont mit einer im MRI vom 14. Juni 2016 festgestellten grossen paramedianen bis foraminalen Diskushernie C6/7 in der jeweiligen Untersuchung ohne Anhaltspunkte für Radikulopathie sowie ohne Hinweise auf eine manifeste Radikulopathie mittels Elektroneuro-myographie (ENMG) vom 8. März 2017 gestellt (vgl. auch die nicht weiter aussagekräftigen ärztlichen Zeugnisse betreffend Arbeitsunfähigkeit vom 12. Oktober und 26. Oktober 2016, Urk. 16/1-2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dipl.-Med. G.\_\_\_\_ vom April 2016 (vgl. vorstehend E. 3.7) davon aus, dass beim Beschwerdeführer kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Eine psychisch bedingte Invalidität im Sinne des Gesetzes liegt nur dann vor, wenn ein psychisches Leiden mit Krankheitswert fachärztlich ausgewiesen ist und es der betroffenen Person trotz Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, wegen ihrer Beschwerden nicht zuzumuten ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wobei das Mass des Forderbaren weitgehend objektiv bestimmt wird (BGE 130 V 352 f. E. 2.2.1, 131 V 49).

Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbs unfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeits fähig keit sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (vgl. vorstehend E. 1.2).

Weiter ist zu beachten, dass es gemäss Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschlies send und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt. Vielmehr hat die rechtsanwendende Instanz die ärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähig keit auf ihre beweisrechtlich erforderliche Schlüssigkeit hin zu überprüfen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.2-3.3). 4.3

Auf die Einschätzung der RAD-Ärztin Dipl.-Med. G.\_\_\_\_ vom April 2016 kann, obwohl es sich - wie der Beschwerdeführer zutreffend bemängelte -nicht um eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie handelt (vgl. vorstehend E. 2.2), in Anbetracht der Aktenlage abgestellt werden.

So ist hinsichtlich der von den Fachpersonen der B.\_\_\_\_ im September 2015 (vgl. vorstehend E. 3.2) nach Behandlung des Beschwerdeführers von Mitte Mai bis Mitte Juli 2015 diagnostizierten leichtgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0) und der vom behandelnden Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. vor stehend E. 3.1 und E. 3.6) durchwegs diagnostizierten mittelgradigen depres si ven Episode (ICD-10 F32.1), welche auch von Dr. C.\_\_\_\_ im September 2015 (vgl. vorstehend E. 3.3) bestätigt wurde, darauf hinzuweisen, dass das Bun des gericht festgehalten hat, dass depressive Störungen von leicht bis mitte l gra dig depressive r Natur, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episo disch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3).

Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfah rung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angehbar sind – gesetz lich 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 sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und statio nären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nach hal tig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; 137 V 64 E. 5.2).

Von einem kooperativen Verhalten des Beschwerdeführers kann, wie im Bericht der Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ vom März 2016 (vgl. vorstehend E. 3.5) beschrieben wurde, im massgebenden Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung vom 23. Mai 2016 (Urk. 2) nicht

gesprochen werden. Dennoch trat, wie Dr. I. \_\_\_ in seinem Gutachten vom Juni 2016 (welches zwar kurz nach Erlass der Verfügung erstellt wurde, indes aufgrund der zeitlichen Nähe der Begutachtung vom 13. Juni 2016 zum Verfügungserlass vom 23. Mai 2016 durchaus geeignet ist, Auskunft über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung zu geben [BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b; BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen]; vgl. vorstehend E. 3.9) bestätigte, eine Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes ein, welches zwar kurz nach Erlass der Verfügung erstellt wurde, indes aufgrund der zeitlichen Nähe der Begutachtung vom 13. Juni 2016 zum Verfügungserlass vom 23. Mai 2016 durchaus geeignet ist, Auskunft über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum bis zum Erlass der Verfügung zu geben [BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b; BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen];

Wie Dr. I. \_\_\_ zutreffend festhielt, kann der Diagnostik der Ärzte der Klinik Z. \_\_\_ nicht gefolgt werden. So entbehrt der Bericht einer objektiven Befunderhebung und ohne wesentliche Kenntnis der Vorgeschichte und allein aus der Tatsache heraus, dass sich der Beschwerdeführer bei den Therapien passiv und abweisend verhielt, wurde auf eine Persönlichkeitsstörung und aufgrund seiner Angaben, dass es ihm schlecht gehe, auf eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) geschlossen. Im massiven Widerspruch zum Vorliegen einer schweren depressiven Erkrankung steht, wie Dr. I. \_\_\_ ausführte, auch der Umstand, dass es dem Beschwerdeführer kurz vor Klinikeintritt möglich war, seine Eltern im Kosovo zu besuchen.

Dem Bericht der Ärzte der Klinik Z. \_\_\_ lässt sich jedoch entnehmen, dass der Beschwerdeführer angegeben hatte, er sei im Krieg nicht traumatisiert worden. Gleiches bestätigte er auch anlässlich der Begutachtung bei Dr. I. \_\_\_ im Juni 2016, als er ausführte, er habe bis Juni 1999 Militärdienst geleistet, sei dabei jedoch im eigenen Dorf geblieben und nie mit dem Kriegsgeschehen oder mit Toten in Kontakt geraten. Widersprüchlich erscheinen daher seine Aussagen im Rahmen des Vorgesprächs am Ambulatorium für Traumafolgestörungen am 2. September 2016 sowie während des stationären Aufenthalts vom 20. Oktober 2016 bis 19. Januar 2017 (vgl. Urk. 12/1, Urk. 19/1). Abgesehen davon, dass in diesem Verfahren lediglich der Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2016 beurteilt wird (vgl. oben) und die Diagnose PTBS nicht von einem Facharzt gestellt wurde, stellt sich die Frage, ob eine allfällige posttraumatische Belastungsstörung angesichts der Praxis des Bundesgerichtes, wonach die Diagnose nur gestellt werden kann, wenn die Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach einem belastenden Ereignis aufgetreten ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_242/2007 vom 20. Februar 2008 E. 2.3.3 sowie I 750/2006 vom 22. August 2007 E.

3.2.1) und die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungsstörung anwendbar ist (BGE 142 V 342), invalidenversicherungsrechtlich überhaupt relevant ist. Aus den Akten und den eigenen Angaben des Beschwerdeführers sind zumindest keine innerhalb eines halben Jahres seit der Einreise in die Schweiz im Jahr 2004

aufgetretene Symptome bekannt. Diese Fragen können in vorliegendem Verfahren letztlich offen bleiben.

Aufgrund des Gesagten ist demnach davon auszugehen, dass im massgeblichen Zeitraum bis 23. Mai 2016 in psychischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden

vorliegt. 4.4

In somatischer Hinsicht liess sich der Beschwerdeführer nach ergangener leistungsanspruchsverneinender Verfügung von seinem Hausarzt Dr. D.\_\_\_\_ an Dr. H.\_\_\_\_ überweisen. Der Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom Juni 2016 (vgl. vorstehend E. 3.8) lässt jedoch auf keine weitergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers schliessen. So steht die dort wiedergegebene Anamnese im Widerspruch zu den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ im Oktober 2015, wonach sich aus somatischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben. Auch im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug war nur vor einem depressiven Leiden die Rede (vgl. Urk. 7/6 Ziff. 6.2). Eine allfällige Verschlechterung in somatischer Hinsicht gestützt auf die neu eingereichten Berichte (Urk. 19/2-3) ist im vorliegenden Verfahren sodann ebenfalls nicht zu prüfen (vgl. BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis; BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b; BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). Angesichts der erwähnten myofaszialen Schmerzen (Urk. 19/2 S.

2, Urk. 19/3 S. 1) erscheint ein invalidisierender somatischer Gesundheitsschaden allerdings als fraglich. 4.5

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht ein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen war.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

## **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. 5.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 5.2**

Aufgrund eines kanzleitechnischen Versehens wurde mit Gerichtsverfügung vom 25. Oktober 2016 (Urk. 13) lediglich das Gesuch des Beschwerdeführers vom 23. Juni 2016 um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2) bewilligt.

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und der Beschwerdeführer bedürftig ist (vgl. Urk.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **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**

und Urk. 10/2),

und zudem die anwaltliche Verbeiständung notwendig, ist Advokatin Karin Wüthrich, Rechtsdienst Procap Schweiz, Olten, als unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zu bestellen und angesichts der Bedeutung der Streitsache und des Schwierigkeitsgrads des Prozesses mit Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer ) aufmerksam gemacht.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 23. Juni 2016 wird dem Beschwerdeführer Advokatin Karin Wüthrich, Rechtsdienst Procap Schweiz, Olten, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und erkennt sodann: 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Advokatin Karin Wüthrich, Rechtsdienst Procap

Schweiz, Olten, wird mit Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Procap Schweiz, Advokatin Karin Wüthrich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von

Urk. 18 und Urk. 19/1-3 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse  
(im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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