

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00350 vom 5. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00350

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00350 du 5 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00350 del 5 ottobre 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). 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

Die Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als „Diagnosen“ oder „Probleme“ angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E).

5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) vermögen keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/201

E. 1.3

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt (1); die gesundheitliche Einschränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit dennoch zumutbar ist (2); die Einschränkung ist medizinisch angehen- oder gar heilbar (3); die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt (4). Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher

Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets - auch ausserhalb der unklaren Beschwerdebilder - nachzuweisen, damit ein Anspruch auf eine Dauerleistung der Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann (BGE 139 V 547 E. 8.1 und E. 9.4; BGE 140 V 290 E. 3.3.1).

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). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 23. März 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1 S. 1 Ziff. 1-2), eventuell sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 1 Ziff. 3). Ferner beantragte er die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 1 Ziff. 3).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, den medizinischen Unterlagen sei zu entnehmen, dass keine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliege, die eine langdauernde oder anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 1 unten). Eine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen könne auch rückwirkend nicht bestätigt werden (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die ärztlichen Stellungnahmen seien sehr zu seinen Ungunsten ausgelegt worden (S. 2 Mitte), wofür er Beispiele anführte (S. 2 f.). Ferner leide er an Herzproblemen (S. 2 Mitte). Schliesslich verwies er auf eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin (S. 2 unten).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und einem allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verhält. 3.

3.1

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. März 2014 (Urk. 9/95) wurde festgehalten, in psychiatrischer Hinsicht lägen ausgesprochen divergente Beurteilungen vor (S. 9 E. 4.2), und die Sache wurde an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie eine aussagekräftige psychiatrische Beurteilung veranlasse (S. 10 f. E. 4.5). 3.2

In somatischer Hinsicht sei mit den Parteien davon auszugehen, dass für näher umschriebene leidensangepasste Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 9 E. 4.1). Diagnostiziert worden war eine Läsion des medialen Meniskus bei Status nach lateraler Teilmenisektomie April 2008 und subtotaler lateraler Menisektomie mit Entfernung eines anterolateralen Ganglions Juni 2010 links bei reduziertem femoro-tibialen Alignment (S. 6 f. E. 3.4.2). Aus orthopädischer Sicht waren körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, nicht

mit häufigem Gehen auf unebenem Boden, Treppen, Leitern sowie schrägen Ebenen verbunden seien, bei denen nicht häufig kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, als seit jeher zu 100 % zumutbar bezeichnet worden (S. 7 E. 3.4.3). 4.

E. 4

Urk. 14-15).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2017 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 15. September 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Am 22. März (richtig Juli; vgl. Urk. 9/132) 2016 erstattete Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliararzt (und ehemaliger Leiter) des Zentrums für Begutachtungen, Rehaklinik Z.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/133/1-68).

Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 3 ff.), ein am 1. Februar 2016 erfolgtes Vorabklärungsgespräch mit Dolmetscherin (S. 23 ff.) und die im stationären Rahmen am 17. und 20. Mai 2016 ebenfalls mit Dolmetscherin erhobenen Befunde (S. 42 ff.).

E. 4.2

Dr. Y.____ nannte folgende Diagnosen (S. 58 Mitte): - keine nachweisbare psychische Störung mit Psychopathologie von Krankheitswert (unter anderem keine Depression, keine Demenz) - keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung - wahrscheinlich auffällige Persönlichkeitsstruktur, mindestens im Ausmass einer sogenannt akzentuierten Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) - Muster von nicht-authentischer Beschwerdedarstellung (betrifft vor allem angegebene Gedächtnisdefizite), Z76.5

Es bestünden multipelste, hochgradige und eklatante Inkonsistenzen der beklagten Beschwerden untereinander und unter Zusammenschau von verschiedenen Befundebenen (inhaltliche Angaben, Verhalten, objektive Befunde, Hinweis auf Emotionalität, Angaben zum Funktionsniveau aus dem Alltag; S. 58 Mitte).

E. 4.3

Die diagnostische Beurteilung betreffend führte Dr. Y.____ aus, diese sei nur in Zusammenschau mit Aspekten der Konsistenzbeurteilung möglich und begründete dies wie folgt (S. 55 ff.): Oberflächlich besehen scheinen (...) in erster Linie schwerste, kognitive Defizite zu bestehen, die deutlich über das Ausmass hinausgehen, wie es bei selbst schwer hirnerkrankten Patienten vorzufinden wäre. Dazu ist zu bemerken, dass beim Versicherten nie das Bestehen einer relevanten Hirnerkrankung zur Diskussion stand. Diese angegebenen, schwersten Defizite der Orientierung (zeitlich, auto psychisch und situativ) und schwersten Erinnerungsdefizite für Inhalte des Altgedächtnisses entsprechen keinem Muster, wie es bei relevant Hirnerkrankten der Fall ist und diese demonstrierten Defizite stehen auch in eklatantem Widerspruch dazu, dass der Versicherte berichtet, in seinem Alltag einzelne Funktionen auszuüben, wo es eine prompte und allseitige Orientierungsfähigkeit braucht, so

z.B. beim Steuern eines Autos - und wie er dies auch dadurch manifestierte, dass er sich implizit in den meisten Teilen der Untersuchung durchaus situationsadäquat verhielt, obwohl andererseits von ihm angegeben wurde, sich nichts merken zu können und entsprechend auf Hilfe und Begleitung im Rahmen unserer Klinik (zum zeitgerechten Auffinden der Treffpunkte) angewiesen zu sein. Diese Art der demonstrierten Schwerbesinnlichkeit und das teilweise Daneben antworten (bei andererseits wieder erhaltener Auffassungsfähigkeit für die übersetzten Fragen) entspricht dabei viel eher naiven Vorstellung von Laien über Art und Ausprägung von geistigen Defiziten. Es wird in diesem Zusammenhang auch auf die (als mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als nicht-authentisch beurteilte) Leistungspräsentation und Darstellung von Defiziten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hingewiesen. Der Versicherte klagte ferner insbesondere über einen qualitativ nicht näher spezifizierbaren „Lärm im Kopf“, über Kopfschmerzen, Schmerzen in beiden Beinen und insbesondere auch eine aggressive, innere Spannung und eine schlechte Stimmung. Diese angegebenen Beschwerden entsprachen vom Inhaltlich-Qualitativen her und auch in ihrer Darstellung jedoch nicht psychiatrisch typischen, syndromalen Störungsbildern, wie sie z. B. für eine relevante Depression typisch wären. Insbesondere wurde auch keine aggressive Spannung im eigentlichen Sinne festgestellt, denn der Versicherte zeigte sich - wenn es situativ erforderlich war - prompt freundlich und zeigte dann im Verhalten mindestens für kurze Sequenzen ein lebenswürdiges Verhalten im Kontakt, dies durchaus situationsadäquat. Bei einer effektiv schweren, aggressiv hochaufgeladenen Spannung wäre dies aus psychiatrischer Sicht nicht so prompt möglich gewesen. Auch seine emotionalen Äusserungen waren atypisch im Sinne von lautem Klagen mit hoher, teils lauter und kläglicher Stimme und verzerrten Gesichtszügen, dies alles nicht Mustern entsprechend, wie sie bei Betroffenen mit relevant schweren Depressionen oder aggressiver Gespanntheit gewöhnlich beobachtet werden. Insgesamt ist aus psychiatrischer Sicht festzuhalten, dass im Rahmen der Untersuchung ein massiv abnormes Verhalten und ebenso gänzlich atypische Beschwerden festgestellt werden mussten, einhergehend mit insgesamt seltenen und überzeichnet wirkenden mimischen Äusserungen und ferner mit inhaltlichen Angaben, die - soweit überhaupt verwertbar - ausgesprochen diffus und ohne zureichende Kontur blieben. Dies alles entspricht lauter Merkmalen der Beschwerdedarstellung, die viel eher einer naiven Vorstellung psychischer Gestörtheit entsprechen, die sich medizinsch ungebildete Personen über psychische Störungen bilden können. Sie entsprechen insbesondere auch Mustern der Schilderung angeblich eigenen Verhaltens und eigenen Befindens, die nach aller medizinischer Erfahrung nicht auf der Schilderung von selber, real erlebten Episoden im eigenen Alltag beruhen. Auch ein Versuch der Klassifizierung der gezeigten, emotionalen Äusserungen und der angegebenen Defizite gemäss einer Kategorisierung der Psychopathologie nach AMDP gelangte zu keinen verwertbaren Aussagen (da AMDP ein Klassifizierungssystem echter Psychopathologie ist). Insgesamt ergibt sich daraus, dass aktuell kein erkennbares Profil einer nur annähernd typischen psychischen Störung im Verhalten und in der Beschwerdedarstellung des Versicherten abgegrenzt werden kann, so z.B. nicht eine relevante Depression oder auch eine annähernd typisch ausgeprägte, aggressive Spannung. Ebenfalls liess sich kein Beschwerdeprofil abgrenzen, welches nur annähernd typisch für eine somatoforme Schmerzstörung wäre. Hinter dieser „vordergründigen Wand“ von massiv inkonsistenter Beschwerdedarstellung könnten - möglicherweise - eine geringfügiger ausgeprägte, psychische Missbefindlichkeit oder eine deutlich leichtere psychische Störung vor handen sein, was jedoch angesichts des

vordergründigen, massiv abnormen Verhaltens letztlich im Dunkeln bleiben muss. Ein Argument dafür wäre ja auch, dass sich der Versicherte in einer real misslichen sozialen und beziehungs mässigen Situation befindet. Ob diese vermutete dahinterliegende Missstimmung einen eigenen Krankheitswert hätte oder eher eine sog. normalpsychologische Reaktion auf missliche Umstände darstellt, muss offenbleiben - es ist eher das Letztere der Fall. Es ist in diesem Zusammenhang überwiegend wahrscheinlich, dass eine mögliche, dahinter liegende, psychische Störung nicht das Ausmass erreicht, welches versicherungsmedizinisch relevant wäre (...). Wie indirekt zu erschliessen ist, steht der Versicherte wahrscheinlich in einer familiendynamisch und psychosozial schwierigen Situation, somit in einer spannungs geladenen Beziehungssituation mit seiner ebenfalls IV-berenteten Ehe frau und selber in jahrelangem Streit um die Leistungen von Sozialversicherungen, also besteht insgesamt eine relevante, psychosoziale Problematik. Zusammen mit dem schlechten Bildungsgrad kann dies (aber nur anteilig und nachrangig) daran mitbeteiligt sein, dass der Versicherte zu solch undifferenzierten, naiven Mustern der Beschwerdedarstellung greift, wie aktuell in den gutachterlichen Untersuchungen dokumentiert. Auch dürfte die wohl auffällige Persönlichkeitsstruktur an der seltsamen Präsentationsweise mitbeteiligt sein. Es ist jedoch praktisch sicher, dass der Versicherte sich bewusst ist, dass er je nach Situation zu nicht-authentischen Mustern der Beschwerdepräsentation greift. Hauptsächlich ist somit für diese geschilderte, abnorme Beschwerdedarstellung eine bewusstseinsnahe bis vollbewusste Steuerung der Beschwerdedarstellung verantwortlich.

E. 4.4

Zur Persönlichkeitsstruktur führte Dr. Y.____ unter anderem aus (S. 57 unten), aus näher dargelegten Gründen ergebe sich der Schluss, dass der Versicherte in einer chronifizierten Streitsituation mit Ehefrau, Stiefsohn, aber auch vielen Nachbarn und Kontaktpersonen stehe, dies verstärkt durch schlechtes Sprachverständnis und schlechte Akkulturation. Das fortgesetzt auffällige Verhalten bei seiner Psychiaterin stelle somit eher auch ein zielgerichtetes Verhalten dar, sich fortgesetzt als krank zu präsentieren. Trotz dieser Argumente liege aber wahrscheinlich eine gestörte Persönlichkeitsstruktur vor, nicht aber notwendigerweise im Grad einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60, es handle sich also (im Mindesten) um akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1).

E. 5

vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen) .

E. 5.1

Dr. med. A.____, Oberärztin Interdisziplinärer Notfall, B.____, führte im ambulanten Bericht vom 29. Juni 2016 (Urk. 9/135) aus, der Patient sei am 25. Juni 2016 von der im Rahmen eines Nachbarschaftsstreits herbeigerufenen Polizei hyperventilierend auf dem Sofa gefunden und mit dem Rettungsdienst eingeliefert worden (S. 1 Mitte). Sie nannte folgende, hier gekürzt angeführte Diagnosen (S. 1): - Hyperventilation nach psychosozialer Belastungssituation - koronare 2-Gefässerkrankung - Status nach akutem Koronarsyndrom Juli 2011 mit PTCA (Herz kranzgefäss-Erweiterung) und Stent 3x einer subtotal verschlossenen rechten Kranzarterie

Nach unauffälliger Überwachung habe der Patient am Folgetag in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (S. 2 Mitte).

E. 5.2

Eine bildgebende Untersuchung des linken Kniegelenks vom 11. November 2016 ergab folgende Beurteilung (Urk. 9/144): - Strukturalteration und Volumenminderung von Pars intermedia und Hinterhorn des Aussenmeniskus bei Zustand nach Teilmeniskektomie, keine Hinweise auf akuten Riss am Restmeniskus beziehungsweise am Innenmeniskus - leichtgradiger Knorpelschaden (Grad I-II) retropatellär und femorotibial - keine anderweitige Knieinnenläsion abzugrenzen - kleinvolumiger Erguss

E. 5.3

Am 22. Januar 2017 nahm Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Gutachten von Dr. Y.____ Stellung (Urk. 9/147). Sie führte aus, dass sie den Beschwerdeführer nunmehr seit über 7 Jahren kenne. Es sei ganz klar, dass er seine Befindlichkeit grotesk verzerrt zur Darstellung bringe. Die Frage sei, wie man diese Verzerrung interpretiere. Aus näher dargelegten Gründen - insbesondere unter Hinweis auf die Novelle Michel Kohlhaas von Heinrich von Kleist (S. 1 unten) - sei eine Persönlichkeitsstörung zu diagnostizieren (S. 1 f.), namentlich eine histrionische, die gemäss ICD-10 die Interaktion erheblich beeinträchtigt (S. 3).

Bezüglich der von ihr verordneten, aber offenbar vom Beschwerdeführer nicht eingenommenen Medikamente erinnerte sie an Galen, der schon im 2. Jahrhundert nach Chr. festgehalten habe, dass die meisten Patienten lügen würden, wenn sie sagten, dass sie die Medikamente wie vom Arzt verschrieben einnahmen (S. 4).

E. 6.1

Vorweg ist festzuhalten, dass keine Hinweise auf eine relevante Veränderung in somatischer Hinsicht bestehen.

Die im Juni 2016 erfolgte Behandlung im B.____ betraf einen Hyperventilationsanfall nach psychosozialer Belastungssituation (Nachbarschaftsstreit) und stand nicht im Zusammenhang mit der koronaren Gefässerkrankung (vorstehend E.

5.1). Das Herz betreffend gibt es keine medizinischen Berichte, also insbesondere auch keine, die im Vergleich zu den 2012 beurteilten Verhältnissen eine Verschlechterung ausweisen würden.

Der im November 2016 erneut bildgebend abgeklärte Gesundheitsschaden am linken Kniegelenk (vorstehend E. 5.2) war bereits 2012 vorhanden und ist beim Zumutbarkeitsprofil (vorstehend E. 3.2) berücksichtigt worden. Auch diesbezüglich sind keine relevanten Änderungen ausgewiesen.

E. 6.2

Mit dem Rückweisungsurteil von 2014 wurde die Beschwerdegegnerin angesichts ausgesprochen divergenter Beurteilungen in psychiatrischer Hinsicht angesprochen, eine aussagekräftige psychiatrische Beurteilung zu veranlassen (vorstehend E. 3.1). Diesem Auftrag ist sie mit dem Einholen des von Dr. Y.____ erstatteten Gutachtens vollumfänglich nachgekommen.

E. 6.3

Das eingeholte Gutachten überzeugt in jeder Hinsicht. Besonders hervorzuheben ist die ausgesprochene Sorgfalt in der Wahl des Vorgehens, indem zuerst in einem Vorgespräch abgeklärt wurde, ob sich die geplante stationäre Begutachtung würde realisieren lassen. Dies liess sich bejahen, wobei bereits das Vorgespräch dem Gutachter wertvolle Informationen insbesondere betreffend das eigentümliche Gebaren des Beschwerdeführers zu vermitteln vermochte.

Überzeugend ist sodann insbesondere die einlässliche Begründung, mit welcher der - ausgesprochen erfahrene - Gutachter zum Schluss gelangte, es liege hier eine bewusstseinsnahe bis vollbewusste Steuerung der Beschwerdedarstellung vor (vorstehend E. 4.2).

Dementsprechend ist auch die gutachterliche Feststellung nachvollziehbar und schlüssig begründet, dass kein erkennbares Profil einer nur annähernd typischen psychischen Störung im Verhalten und in der Beschwerdedarstellung des Verstorbenen abgegrenzt werden können, ebenso kein Beschwerdeprofil, welches nur annähernd typisch für eine somatoforme Schmerzstörung gewesen wäre.

Gleiches gilt für die Feststellung, dass (nur) möglicherweise eine deutlich leichtere psychische Störung vorhanden sei, was jedoch angesichts des vordergründigen, massiv abnormen Verhaltens letztlich im Dunkeln bleiben müsste, und dass offen bleiben müsse, ob eine solche allfällig zu vermutende Missstimmung einen eigenen Krankheitswert habe oder eher eine normalpsychologische Reaktion auf missliche Umstände darstelle, jedoch (ohnehin) überwiegend wahrscheinlich kein versicherungsmedizinisches Ausmass erreiche.

E. 6.4

Gemäss dem Gutachten, das alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.4) erfüllt, liessen sich keine krankheitswertigen psychiatrischen Diagnosen stellen, und die diagnostizierte akzentuierte Persönlichkeit vermag rechtsprechungs gemäss keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (vorstehend E. 1.2).

Daran vermag die abweichende Beurteilung durch die behandelnde Psychiaterin (vorstehend E. 5.3) nichts zu ändern. Denn es ist auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) hinzuweisen, sowie auf die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Sodann fliesst in die Antwort auf die Frage der Ausprägung einer Beeinträchtigung - insbesondere der Abgrenzung einer Persönlichkeitsstörung (F.60) von lediglich akzentuierten Persönlichkeitszügen (Z73.1) - unvermeidlicherweise ein gewisses Ermessen des Gutachters wie der behandelnden Psychiaterin ein, zu dessen Begründung der Verweis auf literarische Figuren nur bedingt geeignet sein dürfte. Schliesslich mindert die ausgesprochen saloppe Reaktion der behandelnden Psychiaterin auf die festgestellte Medikations-Malcompliance des Beschwerdeführers die Überzeugungskraft ihrer Ausführungen in erheblichem Mass.

E. 6.5

Zusammenfassend bleibt es bei den Feststellungen des psychiatrischen Gutachters, der keine anspruchrelevante Diagnose hat stellen können. Für den vom Beschwerdeführer

geltend gemachten anspruchserheblichen Sachverhalt hat sich kein Nachweis erbringen lassen, dies trotz - bei Gutachterskosten in der Grössenordnung von Fr. 30'000.-- (vgl. Urk. 9/132) - grösstem Aufwand.

Fehlt dieser Nachweis, so besteht kein Leistungsanspruch (vorstehend E. 1.3). Damit erweist sich die angefochtene Verfügung, mit welcher ein Leistungsanspruch verneint wurde, als rechtens, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 7.1

Da die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind (vgl. Urk. 12-15), ist dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung zu bewilligen.

E. 7.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 GSVGer.

E. 7.3

Der unentgeltliche Rechtsvertreter hat mit Honorarnote vom 27. September 2017 (Urk. 17/1-2) einen Aufwand von 6.75 Stunden geltend gemacht, so dass er beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 1'603.80 (inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 23. März 2017 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Georg Engeli, Winterthur, wird mit Fr. 1'603.80 (inkl. MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu zustellen.

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 Tiefenbacher

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