

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00584 vom 6. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00584

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00584 du 6 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00584 del 6 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1992 in Südafrika geborene und 2005/2006 in die Schweiz eingereiste X.____, meldete sich nach zwei Lehrabbrüchen (2012/ 2014)

unter Hinweis auf eine Depression, Suchterkrankung durch Alkohol und Drogen mit Datum vom 4. Juli 2014 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1 , Urk. 7/23). Nach beruflich-erwerblichen sowie medizinischen Abklärungen erteilte ihm die IV -Stelle Kostengutsprache für eine Potentialabklärung bei Y.____, zzgl. eines Taggeldes (Mitteilung en vom 10. April 2015, Urk. 7/26 f.); mangels Eingliederungsfähigkeit wurden die beruflichen Massnahmen anfangs Juni 2015 wieder eingestellt (Mitteilung vom 4. Juni 2015, Urk. 7/29; Verlaufsprotokoll, Urk. 7/30 ; Schlussbericht der P otentialabklärung vom 8. Juni 2015, Urk. 7/31). Mit Schreiben vom 22. Juni

2015 forderte die IV Stelle den Versicherten unter Hinweis auf die gesetzliche Schadenminderungspflicht sowie Androhung der Säumnisfolgen auf, sich zur Verbesserung seines Gesundheitszustandes – näher umschriebenen - Massnahmen zu unterziehen (Urk. 7/33). Im Hinblick auf die Rentenprüfung tätigte die IV-Stelle erneut medizinische Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Z.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Oktober 2017 (Urk. 7/88 ; mit ergänzender Stellungnahme vom 11. April 2018, Urk. 7/106) . Gestützt darauf sowie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/91, Urk. 7/94 ff., Urk. 7/103 f.) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 31. Mai 2018 ab (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 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 eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Dieser Grundsatz gilt gemäss dem zur Publikation vorgesehenen Urteil 9C_724/2018 vom 11. Juli 2019 auch für (fachärztlich einwandfrei diagnostizierte) Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen . Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens kann und muss insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden. Diesem kommt nicht zuletzt deshalb Bedeutung zu, weil bei Abhängigkeitserkrankungen - wie auch bei anderen psychischen Störungen - oft eine Gemengelage aus krankheitswertiger Störung sowie psychosozialen und soziokulturellen Faktoren vorliegt. Letztere sind selbstverständlich auch bei Abhängigkeitserkrankungen auszuklammern, wenn sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (vgl. bezüglich der Depressionen BGE 143 V 409 ff. E. 4.5.2). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (E. 6.3).

E. 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141

V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

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. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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). 1.

E. 1.8

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäussert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend

bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang an dauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 29. Juni 2018 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung vom 31. Mai 2018 aufzuheben und ihm eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. September 2018 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 2). Am 13. Februar 2019 machte der Beschwerdeführer eine weitere Eingabe (Urk. 14 und Urk. 15). Die Beschwerdegegnerin verzichtete innerer ihr angesetzten

Vernehmlassungsfrist auf eine Stellungnahme (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf die gutachterlichen Feststellungen bestehe keine länger andauernde, gesundheitliche Gesundheitsschädigung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Damit bestehe auch kein Rentenanspruch (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer erhob verschiedentlich Einwände gegen das Gutachten von Dr. Z.____. Insbesondere bestünden diagnostische Mängel und sei die Beurteilung widersprüchlich und ohne Würdigung der Ressourcen und Defizite des Beschwerdeführers ergangen. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im ersten Arbeitsmarkt im Moment weder einsatz- noch arbeitsfähig sei (Urk. 1). Mit Eingabe vom 13. Februar 2019 hielt der Beschwerdeführer dafür, es sei gestützt auf die Beurteilung der delegiert behandelnden Fachpsychologin von einer 20-30%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 14, Urk. 15). 3. Im psychiatrischen Gutachten vom 17. Oktober 2017 hielt Dr. Z.____ folgende Diagnosen fest (Urk. 7/88/20): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0) bei/mit - hyperkinetischer Störung (ICD-10: F90) - narzisstischen, emotional expressiven/ histrionischen und emotional instabilen/ impulsiven Anteilen - (un-) regelmässigem Konsum von Tabak, Alkohol und Cannabinoiden sowie Gebrauch von LSD, Kokain, Amphetaminen (inkl. Ekstasy), psychotropen Pilzen und 2C-B (Phenylethylamin) - depressiver Störung (gegenwärtig remittiert, ICD-10: F33.4)

Der Beschwerdeführer sei nach eigenen Angaben 2005/2006 von Südafrika in die Schweiz eingereist. Der Vater stamme aus Südafrika, die Mutter aus Deutschland. Die jüngere

Schwester wohne noch bei den Eltern. Zu seiner Herkunftsfamilie pflege er einen regelmässigen Kontakt. Nach der Einreise in die Schweiz habe er zunächst einen Deutschkurs absolviert, danach die 1. bis 3. Sekundarschulklasse und ein Jahr Berufswahlschule besucht (2006 bis 2010). Die anschliessende Ausbildung zum Polymechaniker habe er nach ca. 1 ½ Jahren (August 2010 bis Anfang 2012) abgebrochen. Er sei dann „einige“ Monate in Deutschland temporär erwerbstätig gewesen. Nach seiner Rückkehr habe er eine Ausbildung zum Metallbauer aufgenommen und diese nach zwei Jahren (August 2012 bis Juli 2014) abgebrochen. Im Juli 2015 sei er Vater eines Sohnes geworden. Dieser lebe bei der Kindsmutter, mit welcher der Beschwerdeführer rund 3 Monate „zusammen“ gewesen sei. Mit ihr komme es regelmässig zu zwischenmenschlichen Konflikten. Seit 1 ½ Jahren hätten sie das gemeinsame Sorgerecht inne. Gegenwärtig führe er keine Partnerschaft; er

lebe allein in einer 3½-Zimmer-Wohnung zur Miete. Die letzte Partnerschaft habe er im Januar 2017 nach ca. 1

½ Jahren beendet. Die längste Beziehung zu einer Frau habe rund zwei Jahre gedauert. Die finanziellen Verhältnisse seien knapp. Er werde vom Sozialdienst unterstützt. Schulden habe er keine (Urk. 7/88/5 f.).

Im Zusammenhang mit der Krankheitsentwicklung berichtete der Beschwerdeführer sodann, während seiner Ausbildung zum Polymechaniker habe er

unter „Mobbing“ gelitten; als Ausländer sei er beschimpft worden. Auch sei es zwischen ihm und dem Lehrmeister zu Konflikten gekommen. Zudem habe der Beschwerdeführer

zu langsam gearbeitet, zumal er zu Perfektionismus neige. Dies sei auch der Grund für den ersten Lehrabbruch gewesen. 2014 sei es zum ersten stationären

Alkoholentzug gekommen; Alkohol trinke er seit seinem 14. Altersjahr. Der Konsum sei im Rahmen der Ausbildung zum Polymechaniker regelmässig geworden und habe im Zuge des zweiten Ausbildungsversuchs stark zugenommen (bis zu 10 Liter Bier pro Tag). Körperliche Folgeschäden seien nicht bekannt. Nach dem stationären Entzug habe er erneut Alkohol getrunken. Seit dem letzten Jahr trinke er „weniger“; gegenwärtig trinke er „gar keinen“ Alkohol (zuletzt vor zwei Monaten). Sodann rauche er täglich

zwei Schachteln Tabakzigaretten. Kokain habe er geschnupft und spüre davon keine Euphorisierung; er werde davon „nur lieb“,

würden Dritte sagen. Cannabinoide rauche er seit seinem 16. Altersjahr, regelmässig seit ca. vier Jahren, aktuell täglich einen Joint. „Früher“ habe er während rund einem Monat bis zu 1000 Joints pro Woche geraucht. Versuchsweise habe er auch LSD, Amphetamine (inkl. Ekstasy), 2C-B (Phenylethylamin) und zuletzt im März 2017 psychotrope Pilze eingenommen. Entsprechende Substanzen habe er indes nie gespritzt. Sodann sei er aufgrund

einer hyperkinetischen Störung (ADS/ADHS) bereits in Südafrika ambulant psychologisch betreut worden; er sei unkonzentriert und hyperaktiv gewesen, habe oft den Unterricht gestört. Folge dessen sei er während drei Jahren in einer Sonderklasse unterrichtet worden. Er habe auch Ritalin (Methylphenidat) erhalten. Alsdann sei im 8. Altersjahr erstmals eine „klinische Depression“ diagnostiziert worden. Von September 2013 bis Februar 2014 habe er

eine ambulante psychiatrisch- psychotherapeutische Behandlung wahrgenommen . Neben dem stationären Alkoholentzug sei es in den Jahren 2014-2019 zu insgesamt fünf weiteren stationären/teils stationären Klinikaufenthalten gekommen. Seit Juli 2015 nehme er eine delegierte Psychotherapie bei

einer Fachpsychologin wahr . Es fänden wöchentliche Gespräche statt. Der Kontakt sei „super“. Im Fokus der

Therapie stehe eine Veränderung seiner Impulsivität und Reizbarkeit. Er könne Langweile schlecht aushalten. Zudem nutze er eine ärztlich verordnete Psychopharmakotherapie

(Ritalin/ Antabus / Sertralin / Quetiapin). Im Vordergrund der gegenwärtigen Beschwerden stünden Defizite durch das ADS wie beispielsweise Schwierigkeiten beim Lesen (wobei dies zu keiner schulischen Minderleistung geführt habe)

sowie rezidivierende Depressionen (zuletzt vor einem Jahr). Er sei „immer schon“ ein Einzelgänger gewesen; zwar finde er rasch Kontakt zu Anderen , verliere aber bald das Interesse an ihnen. Er sei auch impulsiv, unbeherrscht, „raste schnell aus“. Er schätze sich als emotional „eher nicht tiefgründig“ ein. Seine Arbeitsmotivation sei sehr stark von zwischenmenschlichen Kontakten und der Arbeitsatmosphäre abhängig (Urk. 7/88/6 ff.).

Seinen Tagesverlauf beschrieb der Beschwerdeführer als dann wie folgt: Um

E. 7

/88/27 ff.). 4. 4.1 Dr. Z._____

tätigte eigene

Untersuchungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und lieferte in Auseinandersetzung mit den Vorakten einleuchtende und nachvollziehbare Schlussfolgerungen. Auch hat er zu den Diagnosen in den Vorakten

Stellung bezogen und gegebenenfalls davon abweichende Einschätzungen

plausibel begründet. Damit genügt seine Expertise den an eine beweiskräftige Unterlage gestellten Anforderungen (E. 2.3), weshalb zur Entscheidung

grundsätzlich darauf abgestellt werden kann.

Anhaltspunkte dafür, dass das Gutachten nicht verwertbar wäre, sind entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht zu erkennen. Das Vorbringen, das psychiatrische Gutachten enthalte zahlreiche Wiederholungen und beschränke sich «netto» auf lediglich 13 Seiten (Urk. 1 S. 10),

vermag nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens zu führen, kommt es für den Aussagegehalt doch grundsätzlich nicht auf die Länge des Gutachtens an, sondern ist in erster Linie massgebend, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 1. April 2009, 9C_55/2009, E. 3.3 mit Hinweisen) , was vorliegend zutrifft.

Ebenso wenig kann

von der Dauer der Untersuchung auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden ; der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2016, 8C_47/2016 , E. 3.2.2).

Sodann

kommt der Expertin oder dem Experten bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Die in methodischer Hinsicht erhobene n Einwände gehen ins Leere (Urk. 1 S. 12).

Auch mit der in diagnostischer Hinsicht erhobenen Kritik vermag der Beschwerdeführer nicht durchzuringen. Die Störung aus dem Formenkreis der Persönlichkeitsstörungen hat Dr. Z.____

als kombinierte Persönlichkeitsstörung im Sinne von ICD-10: F61.0 klassifiziert und damit hinreichend präzisiert. Dass er mangels Einfluss auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auf eine Unterteilung in mögliche Untergruppen verzichtet (Urk. 7/88/25) ist – entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 1 S. 10 f.) - nicht zu beanstanden .

Käme solchen Weiterungen doch rein dogmatische Bedeutung zu und kann

die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen gegenwärtig ohnehin nicht über eine Beschreibung von Typen und Untertypen, die sich gegenseitig nicht vollständig ausschliessen und in einigen ihrer Merkmale überschneiden, hinaus gehen (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10, S. 275) . Kommt hinzu, dass psychiatrische Explorationen von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen , weshalb verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 200

E. 9

in Sachen A., 8C_694/2008, E . 5.1). Davon abgesehen ist die Frage nach der noch zumutbaren Arbeitsleistung rechtsprechungsgemäss

nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung (und nicht gestützt auf die Diagnose) zu beurteilen .

Vorliegend erging die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit

im Einklang mit den erhobenen Befunden. Es ist weder einzusehen noch hat der Beschwerdeführer plausibilisiert, inwiefern eine abweichende diagnostische Würdigung der Persönlichkeitsstörung das Beurteilungsergebnis zu ändern vermöchte. Insbesondere hat er weder zusätzliche noch andere Befunde geltend gemacht. Entgegen dem Beschwerdeführer (Urk. 1 S. 11) ist auch kein Widerspruch auszumachen, wenn

Dr. Z.____ festhielt, Persönlichkeitsstörungen seien definitionsgemäss tief verwurzelte und anhaltende Verhaltensmuster (vgl. Urk. 7/88/24); im Falle des Beschwerdeführers käme es dadurch zu leichten

bis

kurzfristig maximal mittel schweren Einschränkungen (vgl. Urk. 7/88/27) .

Insbesondere resultiert bei psychischen Störungen

allein

aus der

klassifikatorischen Einordnung resp. Diagnose - mit oder ohne diagnoseinhärenten Bezug zum Schweregrad - keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse

(vgl. BGE 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E.

6). Soweit der Beschwerdeführer moniert, Dr. Z.____ habe eine diagnostische Beurteilung des Alkohol-, Cannabis- und übrigen Substanzgebrauchs unterlassen, kann ihm nicht gefolgt werden. Dr. Z.____

hat diesbezüglich einen «unregelmässigen Konsum» diagnostiziert (vgl. Urk. 7/88/20). Damit ist auch gesagt, dass

weder ein schädlicher Gebrauch (ICD-10: F1x.1, vgl. hierzu auch Urk. 7/88/6, wonach keine körperlichen Folgeschäden bekannt seien) noch ein Abhängigkeitsyndrom (ICD-10: F1x.2) vorliegt. Darüber hinaus hielt Dr. Z.____ explizit fest, gestützt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und die medizinischen Laborwerte habe sich der multiple Substanzgebrauch aktuell auf einen unregelmässigen Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabinoiden reduziert (Urk. 7/88/24). Diese Einschätzung deckt sich mit der übrigen Aktenlage

(vgl. etwa

der in den medizinischen Vorakten bereits seit 2015 festgehaltene Status nach Alkoholabhängigkeit, Urk. 7/49, Urk. 7/62; vgl. ausserdem den Schlussbericht der Y.____ vom 8. Juni 2015, wonach der Substanzmissbrauch nicht mehr im Vordergrund stand, [Urk. 7/21/2], und das Schreiben von Dr. C.____ und lic. phil. D.____ vom 16. März 2017, wonach der berichtete moderate Alkohol- sowie Cannabiskonsum keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe [Urk. 7/68/2]).

Sodann hat Dr. Z.____ festgehalten, der langjährige (un-)regelmässige multiple Gebrauch von Substanzen sei Ausdruck der Persönlichkeitsstörung und in diesem Sinne sekundär; eine dauerhafte Abstinenz sei sowohl zumutbar als auch tatsächlich möglich. Die seit 2014 wiederholt durchgeführten spezifischen Entzugstherapien seien zumindest teilweise erfolgreich gewesen. Dass eine dauerhafte Abstinenz bisher ausblieb, begründete Dr. Z.____ mit der fehlenden Motivation des Beschwerdeführers (Urk. 7/88/25, Urk. 7/88/34).

Mangels Relevanz für das Beurteilungsergebnis kann ferner

offenbleiben, ob das depressive Störungsbild als eigenständige Erkrankung oder als Ausdruck der Persönlichkeitsstörung zu werten ist/war. Erhellend ist doch aus dem Gutachten hinreichend und nachvollziehbar begründet, dass die hierfür

diagnoserelevanten Befunde

im Zeitpunkt der Begutachtung nicht (mehr) gegeben waren (vgl. Urk. 7/88/13, Urk. 7/88/24, Urk. 7/88/26). Dazu passen die vorhandene Tagesstruktur und das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers sowie

seine eigenen Angaben, wonach er zuletzt vor einem Jahr eine depressive Episode erlebt habe (Urk. 7/88/8). Gegen die Annahme einer anhaltenden depressiven Symptomatik

sprechen ferner

die Nichteinnahme der antidepressiven Medikation (vgl. die Resultate der Urinprobe mit Sertralin - und Quetiapin -Werten unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze , Urk. Urk. 7/88/19, Urk. 7/88/23) sowie der Umstand, dass die aktuell wahrgenommene Psychotherapie primär auf eine Veränderung der Impulsivität und Reizbarkeit abzielt (Urk. 7/88/7) .

Im Übrigen hielt die delegiert behandelnde Fachpsychologin bereits anfangs 2017 eine Remission der depressiven Störung fest

(vgl. Bericht vom 16. Januar 2017, Urk. 7/62/1). Soweit dieselbe anfangs 2018 wiederum eine mittelschwere depressive Episode postulierte , kann ihr

damit mangels jeglicher Begründung nicht gefolgt werden

(vgl. Bericht vom 22. Februar 2018, vgl. Urk. 7/103). Im Aufmerksamkeits-Belastungs-Test erzielte der Beschwerdeführer überdurchschnittlich gute und stabile Resultate bei sehr geringem Fehleranteil (Urk. 7/88/17). Damit konkordant wurde auch im Schlussbericht der Y.____ vom 8. Juni 2015 eine überdurchschnittlich schnelle und sorgfältige (aufmerksame und konzentrierte) Arbeitsweise festgehalten (Urk. 7/31). Dass Dr. Z.____ vor die sem Hintergrund festhielt, die hyperkinetische Störung sei adäquat und erfolgreich therapiert (Urk. 7/88/24) , ist schlüssig und stimmt auch mit der Einschätzung der delegiert behandelnden Fachpsychologin überein , wonach beim Beschwerdeführer unter der Medikation (Ritalin) keine Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen mehr feststellbar seien (vgl. Bericht vom 16. Januar 2017 [Eingangdatum], Urk. 7/62/1). Dass die Leistungsfähigkeit prinzipiell Tages schwankungen unterliegt, ist grundsätzlich nicht krankheitswertig . Inwiefern letzteres im besonderen Ausmass auf die Ausprägung der behandelten hyper kinetischen S tö rung zutreffen soll, ist nicht einsichtig und hat der Beschwerde führer denn auch nicht substantiiert. Daran ändert auch die Referenzierung des Schlussberichts der Y.____ nichts (Urk. 1 S. 13) . Ergibt sich daraus doch lediglich, dass das Arbeitsverhalten des Beschwerdeführers von der jeweiligen Tagesverfassung abhing; an leistungsstarken Tagen sei dieser zuverlässig, flexibel und hochkonzentriert, an leistungsschwachen Tagen hingegen wenig initiativ und antriebsarm gewesen (Urk. 7/31/4) , wobei der Verlust der Konzentration zu mindest auch auf Druck und Stress im privaten Umfeld zurückgeführt wurde (vgl. Urk. 7/30/10). Ferner nahm Dr. Z.____ hinreichend zur Einschätzung der qualitativen und quantitativen Auswirkung der hyperkinetischen Störung auf die Arbeitsfähigkeit Stellung und führte aus, die Defizite könnten im Falle des Beschwerdeführers nicht von jenen der Persönlichkeitsstörung hinreichend abgegrenzt werden und seien nicht zu addieren. Diesbezüglich seien Tätigkeiten mit wenig Zeit- und Leistungsdruck, strukturierte Arbeitsabläufe, proaktive Betreuung, Routinearbeiten, wenig Kunden- und Teamkontakt angepasst und ohne wesentliche (> 20 %) Einschränkung zumutbar (Urk. 7/88/42).

Entgegen der Vorstellung des Beschwerdeführers war Dr. Z.____

nicht dazu angehalten,

zu erklären, weshalb die bisher angestrebten Eingliederungsmassnahmen scheiterten (vgl. Urk. 1 S. 12 und S. 16) . Berufsberatung ist Aufgabe der IV Stelle und nicht des begutachtenden Arztes oder der Ärztin. Es ist grundsätzlich die Verwaltung für die Evaluation konkreter geeigneter Tätigkeiten zuständig, die dazu allenfalls Fachpersonen der

beruflichen Integration und Berufsberatung bei zuziehen hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_545/2012 vom 25. Januar 2013 E. 3.2.1, nicht publiziert in BGE 139 V 28; vgl. BGE 140 V 1 93 E. 3.2); die ärztlichen Fachpersonen haben lediglich festzustellen, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen respektive geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist. Immerhin hielt Dr. Z.____ ausdrücklich fest, die objektivierbaren psychopathologischen Defizite vermöchten die Eingliederungsschwierigkeiten für sich allein nicht zu erklären. Vielmehr seien krankheitsfremde Ursachen zu erwägen (Urk. 7/88/28, Urk. 7/88/38).

Soweit endlich die Einschätzung von Dr. Z.____ von jener der behandelnden Ärzte abweicht (Urk. 15), ist auf die prinzipielle Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hinzuweisen, wonach es nicht Sache des behandelnden Arztes sein kann, in umstrittenen Fällen verbindlich zur Arbeitsunfähigkeitsstellung zu nehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai

2011, 9C_152/2011).

Kommt hinzu, dass sich die delegiert behandelnde Fachpsychologin im Rahmen ihrer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ausdrücklich auf

die Einschätzung der Firma B.____ AG abstützte (vgl. Urk. 14, Urk. 15). Demgegenüber ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2.2; je mit Hinweis).

Mit seinen übrigen Vorbringen, insbesondere

soweit er rein appellatorische Kritik am Gutachten ausübt, ist der Beschwerdeführer nicht zu hören. 4.2

Strittig und zu prüfen bleiben die Auswirkungen des psychischen Leidens auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, welche auch unter juristischen Gesichtspunkten zu beurteilen sind (vgl. E. 1.5). 4.3

Aus dem Gutachten erhellt hinreichend, dass die Ausprägung der psychischen diagnoserelevanten Befunde nicht allzu stark ins Gewicht fällt. Im Bereich der komplexen Ich-Funktionen hielt Dr. Z.____ durchwegs leichte resp. leichte bis mittelschwere Funktionsstörungen fest. Einzig die Abwehrorganisation taxierte er als mittelschwer eingeschränkt. Der Aspekt Realitätsprüfung/Urteilsbildung erwies sich als ungestört (Urk. 7/88/14). Es stehen in zeitlich wechselndem Ausmass leichte bis maximal kurzfristig mittelschwere Einschränkungen in den Bereichen Regeln, Planung/Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Entscheidungsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Gruppenfähigkeit (insbesondere Konfliktlösungskompetenz und familiäre/persönliche Beziehungen im Vordergrund) (Urk. 7/88/27). Im Rahmen der MMPI-2-Testung habe sich der Beschwerdeführer zwar widerspenstig bis feindselig, emotional oberflächlich, vorwurfsvoll, misstrauisch, rigide, ängstlich und unkonventionell gezeigt. Die Gültigkeit der Testergebnisse sei indes fraglich; es hätten sich – näher bezeichnete – Zeichen einer Aggravation ergeben (Urk. 7/88/18), die jedoch angesichts der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung nicht als ausgeprägt zu betrachten sei. Dazu passt, dass sich der Beschwerdeführer auch ausserhalb der Testungsverfahren

dramatisierend und theatralisch präsentierte (Urk. 7/88/13). Im Übrigen zeigte er sich gepflegt, modisch, im Affekt ruhig und ausgeglichen, sehr gut modelliert, nonchalant, kooperativ, freundlich und zugewandt. Im Gespräch berichtete der Beschwerdeführer aktiv, spontan, sehr flüssig, sehr gut strukturiert und differenziert, ohne Hinweise auf irgendwie geartete Denk- oder Gedächtnisstörungen und bei (testpsychologisch) guter Intelligenz. Konzentration, Auffassung und Merkfähigkeit erwiesen sich als unauffällig (Urk. 7/13). Dr. Z.____ kam insgesamt zum begründeten Schluss, die objektivierbaren psychopathologischen Befunde seien gegenwärtig nicht ausgeprägt. Zu beachten bleibt, dass mit der hyperkinetischen Störung grundsätzlich eine Komorbidität vorliegt, auch wenn sich deren Defizite laut Gutachter nicht klar von den Einschränkungen durch die Persönlichkeitsstörung abgrenzen lassen (Urk. 7/88/42). Der Beschwerdeführer sei auch retrospektive (seit seiner Jugend) in zeitlich wechselndem Ausmass lediglich leicht bis maximal kurzfristig mittelschwer eingeschränkt gewesen. Zudem sei die Überwindung der festgestellten Defizite – so Dr. Z.____ weiter - sowohl objektiv zumutbar als auch subjektiv realisierbar. Seit der erstmals dokumentierten Dekompensation in Form von Suchtverhalten mit depressivem Syndrom Ende 2013 sei eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten; das depressive Syndrom sei remittiert und das Suchtverhalten habe sich deutlich verbessert. Im Vordergrund des klinischen Bildes stehe noch eine (vor allem subjektiv erlebte) verminderte Belastbarkeit sowie erschwerte, berufliche und unetapierbare Integration, unter anderem aufgrund interaktioneller Defizite (mit

nachfolgenden depressiven Syndromen, Suchtverhalten). Eine soziale Verwahrlosung sei indes nicht vorhanden. Im Gegenteil sei der soziale Kontakt objektiv und subjektiv geordnet. Der Beschwerdeführer zeige soziales Interesse und pflege soziale Kontakte (Kollegen treffen, Tanzen gehen, regelmässige sportliche Aktivitäten, sich als Einkaufsberater engagieren, Teilnahme am Integrationsprogramm). Er kümmere sich auch um seinen Sohn. Weiter sehe der Beschwerdeführer die Möglichkeit, seine Beschwerden mit entsprechendem Aufwand (inkl. Nutzung von Psychopharmakotherapie) bewältigen zu können und benenne er selbst hinreichende persönliche Ressourcen (sehr gute Kommunikationsfähigkeiten, gut angepasste soziale Kompetenzen, selbständige Haushaltsführung, Urk. 7/88/27 f., Urk. 7/88/35 f.). Dem bleibt anzufügen, dass der Beschwerdeführer familiär eingebunden ist, einen geordneten Tagesablauf vollzieht und sich nach eigenen Angaben in beruflicher Hinsicht regelmässig bewirbt (Urk. 7/88/6, Urk. 7/88/8 f.). Betreffend den Sohn verfügt der Beschwerdeführer zusammen mit der Kindsmutter über das gemeinsame Sorgerecht (vgl. Urk. 7/62, Urk. 7/68, Urk. 7/88/6). Das Vorliegen anderer psychischer Störungen hat Dr. Z.____ explizit ausgeschlossen (Urk. 7/88/26). Insgesamt ergibt sich daher, dass die vom Gutachter erhobenen, im Wesentlichen der Persönlichkeitsstörung geschuldeten Defizite nachvollziehbar eine Leistungsminderung im Umfang einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit zeigten. Diese gutachterliche Einschätzung hält den objektivierten Beurteilungsgrundlagen unter Berücksichtigung der im Regelfall beachtlichen Standardindikatorenstand, weshalb darauf abzustellen ist.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser anhaltenden Leistungs einbusse.
4.4

4.4.1

Unbestrittenermassen besteht diese Leistungseinschränkung seit Jugendzeit, ins besondere kam es Ende 2013 erstmals zu einer Dekompensation in Form von (als sekundär

beschriebenem) Suchterhalten mit depressivem Syndrom (Urk. 7/88/27). Es ist davon auszugehen, dass die anamnestisch bereits im Kindesalter aufgetretenen Symptome massgeblich dazu beitragen, dass es dem Beschwerdeführer nicht gelang, eine berufliche Lehre durchzuhalten und erfolgreich abzuschliessen, weshalb im Sinne von Art. 26 Abs. 1 IVV von einer sogenannten Frühinvalidität auszugehen ist und das Valideneinkommen gestützt auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Lohnstrukturerhebung (LSE) zu bemessen ist (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2, 4.3 und 5.1). 4.4.2

Der Beschwerdeführer meldete sich im Juli 2014 zum Leistungsbezug an, weshalb der frühest mögliche Rentenbeginn auf Januar 2015 festzulegen ist. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Beschwerdeführer, geboren am 12. Dezember

1992, das 22. Altersjahr vollendet, weshalb für das Valideneinkommen in Anwendung von Art. 26 Abs. 1 IVV 80 % des 2015 geltenden Medianwertes gemäss LSE heranzuziehen ist. Dies entspricht Fr. 66'000.-- (Fr. 82'500.-- x 0,8). 4.4.3

Für das Invalideneinkommen ist ebenfalls auf die LSE abzustellen. Gemäss LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, betrug der Median für Männer im Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) Fr. 5'312.-- monatlich. Angepasst an die im Jahre 2015 betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden die Woche sowie die Nominallohnentwicklung (Tabelle 39, Index Männer, 2014: 2220 Punkte, 2015: 2226 Punkte) ergibt sich ein jährliches Einkommen von Fr. 66'632.72. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % ergibt sich ein anrechenbares Invalideneinkommen von Fr. 46'642.90. 4.4.4

Dem Valideneinkommen von Fr. 66'000.-- gegenübergestellt ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 29,33 % . Selbst unter

– ohne Prüfung der Voraussetzungen – Berücksichtigung einer allenfalls zu erwartenden Lohnminderung von 10 % in folge des jugendlichen Alters sowie mangelnder beruflichen Erfahrung ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ([Fr. 66'000.-- - Fr. 46'642.90 x 0,9] ./ Fr. 66'000.-- x 100 = 36,4 %).

5.

Zusammenfassend ist gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass beim Beschwerdeführer weder zum Zeitpunkt der Begutachtung noch retrospektive ein rentenbegründender Gesundheitsschaden vorlag .

Entsprechend sind von den beantragten weiteren medizinischen Abklärungen

(vgl. Urk. 1 S. 2) im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung keine massgeblichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (BGE 124 V 90 E. 4b).

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und ist die Beschwerde abzuweisen. 6 . 6 .1

Der Beschwerdeführer wird von der Sozialhilfe unterstützt (Urk. 3/3) . Da auch die übrigen Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind, ist sein Gesuch vom 29. Juni 2018 (Urk. 1 S. 2) gutzuheissen, dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und ihm in der Person von Rechtsanwältin Noëlle Cerletti

ein e unentgeltliche Rechtsvertreter in zu bestellen. Der Beschwerdeführer ist sodann auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlas senen Gerichtskosten so wie der Auslagen für die unentgeltliche Rechts vertretung verpflichtet ist, so bald er dazu in der Lage ist. 6 .2

Die Kost en des Verfahrens sind auf Fr. 8 00.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Ge währung der unentgeltlichen Prozessführu ng einstweilen auf die Gerichts kasse zu nehmen. 6 .3

In Anwendung des gericht sübl ichen Stundenansatzes von Fr. 22 0.-- (zuzü glich 8 % Mehrwertsteuer) ist

Rechtsanwältin Noëlle Cerletti ermessensweise (vgl. Urk. 8) mit Fr. 2 ' 0 00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwert steuer) aus der Ge richtskasse zu entschädigen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 2 9. Juni 2018 wird de m Beschwerdeführer die unent geltliche Rechtspflege gewährt, und es wird ih m Rechtsanwä lt in

Noëlle Cerletti

als un entgelt liche Rechtsvertrete rin für das vorliegende Verfahren bestellt, Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Ge währung 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, Rechtsanwältin Noëlle Cerletti, Bülach, wird mit Fr. 2'0 00 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichts kasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Noëlle Cerletti , unter Beilage des Doppels von Urk. 17 - 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 Bundesge setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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