

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00244 vom 6. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00244

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00244 du 6 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00244 del 6 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, reiste im Jahr 1998 in die Schweiz ein und war - laut eigenen Angaben - seit dem Jahr 2000 als Hausmann tätig (vgl. Urk. 7/10).

Am 8. März 2018 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Hinweis auf Depressionen sowie eine chronisch obstruktive Pneumopathie (COPD) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 7/10). Die IV-Stelle nahm Abklärungen in ärztlicher und medizinischer Hinsicht vor, holte die Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/17, Urk. 7/21, Urk. 7/22, Urk. 7/28) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug; Urk. 7/14) ein. Gestützt auf die Stellungnahmen

der Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. Z.____, Allgemeine Medizin FMH, sowie Dr. med. A.____, Fachärztin orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 26. respektive 27. Oktober 2018 am

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 Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 145 V 215 E. 5.1, 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 ver sicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE

140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V

281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE

143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E. 4.2.1).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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.

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2019 (Urk. 2) sowie in der Beschwerdeantwort vom 2. Mai 2019 (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin fest, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass keine gesundheitlichen Einschränkungen bestünden, die eine längerfristige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Eine berufliche Tätigkeit sowie die Aufgaben im Haushalt seien dem Beschwerdeführer aus

medizinisch-theoretischer Sicht vollumfänglich zu mutbar. Ferner sei der Beschwerdeführer nicht aus gesundheitlichen Gründen auf Eingliederungsmassnahmen angewiesen, sondern weil er in der Schweiz nie erwerbstätig gewesen sei. Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung bestehe deshalb nicht. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 29. März 2019 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, durch die Beanspruchung von Leistungen der Sozialhilfe verpflichtete er sich zur vollzeitlichen Erwerbstätigkeit bis zur Existenzdeckung. Entsprechend sei er nicht als 100 % im Haushalt, sondern als voll erwerbstätig zu qualifizieren. In diesem Zusammenhang sei auch die Möglichkeit von beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Ferner sei die Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht rechtsgenügend vorgenommen worden. Die vorliegenden Unterlagen würden verschiedene schwerwiegende Lücken und Mängel vorweisen, welche eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verunmöglichten. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Bei persistierendem Husten sowie neu auftretenden Schmerzen im Bereich der Rippen wurde der Beschwerdeführer am 23. April 2015 im Stadtspital C.____ vorstellig. Die Ärzte diagnostizierten als Ursache der Beschwerden eine Rippenkontusion bei Status nach dreiwöchigem Husten. Eine Lungenembolie habe bei negativem D-Dimer ausgeschlossen werden können. Nebenbefundlich habe sich im Röntgen-Thorax eine fraglich narbige Veränderung im rechten Oberlappen gezeigt (vgl. Arztbericht vom 24. April 2015, Urk. 7/21/1). Am 23. August 2015 begab sich der Beschwerdeführer bei akuter Dyspnoe erneut ins C.____. Die Atemnot habe sich in den letzten Tagen schleichend verschlimmert. Überdies habe sich sein chronischer Husten in den letzten Monaten nicht verändert. Bei Verdacht auf COPD-Exazerbation erfolgte eine Therapie mit Solu medrol und Ipramol Inhalation, worauf der Beschwerdeführer rasch angesprochen habe (vgl. Arztbericht vom 23. August 2015, Urk. 7/17/17). Im Oktober 2016 wurde der Beschwerdeführer abermals im C.____ vorstellig und klagte über wieder auftretende nächtliche Dyspnoe. Diese könne er von der COPD-Dyspnoe unterscheiden. Für die COPD Grad I nehme er täglich Ipramol ein, bei Atemnot Cortison, worunter er eine sofortige Besserung der COPD-verbundenen Beschwerden bemerke. Die Ärzte führten aus, in der Blutentnahme hätten sich keine Hinweise für einen Infekt oder Eosinophilie gezeigt. Ausserdem könne elektrokardiographisch und laborchemisch ein ACS (akutes Koronarsyndrom) ausgeschlossen werden (vgl. Arztbericht vom 9. Oktober 2016, Urk. 7/21/2). Zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit bei persistierender Belastungsdyspnoe fand am 6./7. Oktober 2016 eine pneumologische Untersuchung im C.____ statt. Die berichtenden Ärzte verwiesen auf eine CT-Verlaufskontrolle im August 2016, die neben der bekannten Noduli im lateralen Mittellappen ein verkalktes Granulom im linken superioren Unterlappen gezeigt habe. Die Bodyplethysmographie habe eine leicht fixierte Obstruktion bei normaler CO-Diffusionskapazität ergeben. Die Ärzte hielten funktionell eine COPD GOLD-Stadium 1 fest und empfahlen einen Stopp der systemischen Prednison-Therapie, insbesondere um im Rahmen einer Verlaufskontrolle eine Lungenfunktion ohne Einnahme von systemischen Steroiden durchführen zu können. Die inhalative Therapie

mit Flutiform könne unverändert fortgeführt werden (vgl. Arztbericht vom 26. Oktober 2016, Urk. 7/17/9) . Auf grund der Dyspnoe wurde der Beschwerdeführer im November 2016 ausserdem bei Dr. med. D.____ , Facharzt FMH für Innere Medizin und Pneumologie, zweimal vorstellig. Abklärungen hätten eine leichte-mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung mit einem FEV1 von 79 % im Rahmen einer COPD bei bekanntem Lungenemphysem ergeben (vgl. Arztbericht vom 2. Oktober 2018, Urk. 7/28).

E. 3.2

Aufgrund der seit 2015 bestehenden anfallsartigen Schwellungen im Hals und konsekutiver Luftnot wurde der Beschwerdeführer zur allergologischen Abklärung bei Verdacht auf C1-Inhibitor-Mangel ans Universitätsspital E.____ überwiesen. Zur Abklärung einer möglicherweise zugrundeliegenden Systemerkrankung seien die Leber-, Nieren-, Schilddrüsen- und Entzündungswerte bestimmt worden, welche alle normwertig seien. Ein hereditäres Geschehen sei bei normalen C4- und C1-Komplementfaktoren extrem unwahrscheinlich. Bei negativen Antinukleären-Antikörpern sowie Anti-SSA und -SSB sei eine Autoimmun-erkrankung ebenfalls sehr unwahrscheinlich. Die Tryptase, als Hinweis für eine Mastozytose, sei normwertig. Der Atopiescreen und die Bestimmung der spezifischen IgE gegen Hausstaubmilben und Schimmelpilzen habe keine Hinweise auf eine allergologische Ursache der Beschwerden erbracht. Am ehesten handle es sich um ein erworbenes, histaminvermitteltes

Angioödem, welches gut auf Antihistaminika und systemisches Kortison anspreche (vgl. Arztbericht vom 2. März 2017, Urk. 7/17/10).

E. 3.3

Aufgrund der pulmonalen Noduli wurde im November 2017 im Rahmen der Behandlung bei Dr. D.____ ein Verlaufs-CT durchgeführt, welches in der Grösse weitgehend stationäre, kleine pulmonale Noduli zeigte (vgl. CT vom 20. November 2017, Urk. 7/17/7) .

E. 3.4

Zur Arbeitsfähigkeit machte keiner der behandelnden Ärzte Angaben, unter anderem mit der Begründung, dass die aktuelle Tätigkeit des Beschwerdeführers unklar sei (vgl. Arztbericht vom 2. Oktober 2018, Urk. 7/28). Die Hausärztin Dr. med. F.____ , FMH Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, attestierte dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit . Im Vordergrund stünden aktuell diffuse Muskelschmerzen (vgl. Arztbericht vom 20. März 2018, Urk. 7/17).

E. 3.5

Seit September 2016 war der Beschwerdeführer bei lic. phil. G.____ , Psychologe, und Dr. med. H.____ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. In ihrem Arztbericht vom 26. Juli 2018 (Urk. 7/22) konstatierten sie, der Beschwerdeführer sei bereits im März 2010 infolge einer akuten Krise (Ängste und Depression) in ihrer Behandlung gewesen . Die kurze depressive Reaktion habe in fünf Konsultationen sowie mittels Medikation behandelt werden können. Die zweite Anmeldung in ihrer Praxis sei durch die Sozialen Dienste erfolgt zwecks Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit. Aktuell berichte der Beschwerdeführer von nächtlichen Atemdepressionen und Erstickungsgefühlen im Zusammenhang mit der COPD und dem Angioödem an der Uvula, von Panikattacken, von Angstträumen und Nahtoderlebnissen. Ein- und Durchschlafprobleme würden ihn am meisten belasten. Eine Medikation zur

Schlafverbesserung lehne er aus Angst vor vermehrten nächtlichen Erstickungsanfällen, auf die er unter einer solchen Medikation nicht adäquat reagieren könnte, ab. Panikattacken habe er keine mehr, sofern er Cortison in Reserve habe. Ängste vor Atemnot im Schlaf würden aber weiterhin bestehen. Die behandeln den

Fachpersonen konstatierten, der Beschwerdeführer wirke bewusstseinsklar und voll orientiert. Es gebe weder formale Denkstörungen noch aktuelle Ich-Störungen. Sie hielten jedoch passagere, aktuell remittierte Sinnesstörungen (Stimmen hören, visuelle Halluzination) fest. Weiter zeige sich eine chronisch gedrückte, dysphorische Stimmung, im Therapieverlauf jedoch auch aufhellbar. Der Beschwerdeführer sei fähig zu lachen. Im therapeutischen Gespräch sei er häufig affektinkontinent, zeige Scham-, Bestrafungs- und Schuldgefühle. Sein Antrieb sei vermindert und es seien eine erhöhte Reizbarkeit, eine erhöhte Verletzbarkeit, Traurigkeitsgefühle, Konzentrationsstörungen und Gedächtnisprobleme festzustellen. Sie nannten folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, mittelgradig (ICD-10 F33.1), seit September 2016 - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.3), seit Ende März 2018, unter erhöhter Medikation teilremittiert - Nicht näher bezeichnete Angststörung (ICD-10: F41.9; vor nächtlicher Atemnot/Erstickungsgefühlen) bei: - chronischer obstruktiver Lungenkrankheit mit zentrilobulärem Lungenemphysem beidseits (Erstdiagnose Mai 2015) - erworbenes Angioödem, histaminvermittelt: mehrmalige Schwellungen der Uvula und Gaumensegel mit lebensbedrohlicher Atemnot - Differenzialdiagnose: Traumafolgestörung

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien der Status nach Anpassungsstörung, der Status nach Nikotinabusus, der Status nach Panikattacken mit Hyperventilationen, die Hypertonie sowie der Vitamin D Mangel. Die behandeln den Fachpersonen

erachteten den Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt primär in Folge der COPD nicht arbeitsfähig. Im eigenen Haushalt für die Selbstversorgung sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig.

E. 3.6

Zu den gesamten Vorakten nahm RAD-Arzt Dr. Z.____ am 26. Oktober 2018 Stellung. Die von den behandelnden Psychiatern attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt, primär infolge der COPD, sei fachfremd erfolgt und mit der Diagnose der COPD GOLD I (später ACOS Asthma-COPD-Overlap-Syndrom) mit FEV1 von 80 % und nur leichter fixierter Obstruktion mit normaler CO-Diffusion nicht erklärbar. Auch das erworbene Angioödem, histaminvermittelt, führe nur kurz zu einer Beeinträchtigung (4-8h), danach sei der Beschwerdeführer wieder einsatzfähig. Dementsprechend sei für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit vonseiten der Lungenbefunde keine relevante längere Arbeitsunfähigkeit gegeben (vgl. Urk. 7/30 S. 4). RAD-Ärztin Dr. A.____ ergänzte, die genannte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwer mit psychotischen Symptomen, (ICD-10: F33.3) seit Ende März 2018 sei aufgrund des beschriebenen Verlaufs und der psychopathologischen Befunde nicht nachvollziehbar. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei deshalb kein dauerhafter Gesundheitsschaden ausgewiesen (vgl. Urk. 7/30 S. 5). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist in erster Linie strittig, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausging, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall zu

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. 10

0 % im Aufgabenbereich (Haushalt) tätig wäre. 4.2

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.3, 141 V 15 E. 3.1, 137 V 334 E. 3.2 , 125 V 146 E. 2c, 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4). 4.3

Laut Aktenlage erwarb der aus dem Kosovo stammende Beschwerdeführer ein dem Diplom der Handelsmittelschule gleichwertigen Abschluss (vgl. Urk. 7/22/22) und war nach einer Militärdienstzeit in Albanien von September 1996 bis Februar 1998 als persönlicher Leibwächter eines Abgeordneten des Parlaments von Albanien tätig (vgl. Urk. 7/22/23). Der Beschwerdeführer reiste über Deutschland kommend im Jahr 1998 in die Schweiz ein und heiratete im März 2000 seine mittlerweile geschiedene Ehefrau (Scheidung im Oktober 2015) , mit der er drei Kinder hat (Jahrgänge 2005, 2007 und 2010; vgl. Urk. 7/34) In der Schweiz habe er mehrere Hilfsarbeiter tätigkeiten ausgeführt, seit 2003/2004 aber keine reguläre Anstellung mehr gehabt (vgl. Urk. 7/22/3). Gemäss Handelsregister des Kantons Zürich war der Beschwerdeführer vom 31. Oktober 2007 bis 7. Januar 2008 als Gesellschafter mit Einzelzeichnungsberechtigung der I.____ eingetragen (vgl. Internet-Handelsregisterauszug). Im Individuellen Konto sind, ausser einem kleinen, von den Sozialen Einrichtungen und Betrieben stammenden Lohn, keine Erwerbseinkommen eingetragen (Urk. 7/2, Urk. 7/14). 4.4

Die sozialversicherungsrechtliche Qualifizierung nahm die Beschwerdegegnerin zur Hauptsache gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug vor, wonach er seit dem Jahr 2000 Hausmann sei (vgl. Urk. 7/10). Indes liess die Beschwerdegegnerin die Beurteilung der Frage, welcher Tätigkeit der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nachgehen würde, anhand erhobener objektiver sozialer und wirtschaftlicher Verhältnisse ausser Acht. So wurde nicht abgeklärt, mit welchen finanziellen Mitteln der Beschwerdeführer als Gesunder sein Leben bestreiten und welchen Aufgabenbereich er erfüllen würde. Ausweislich der Akten wurde er im Oktober 2015 geschieden, wobei der Ex-Frau die alleinige elterliche Sorge für die gemeinsamen Kinder zugesprochen wurde (vgl. Urteil des Bezirksgerichts Zürich vom 20. Oktober 2015, Urk. 7/34). Er soll keinerlei Vermögen haben hat keinen Anspruch auf Unterhaltszahlungen seiner geschiedenen Ehefrau. Er ist voll umfänglich auf die Sozialhilfe angewiesen. Grundsätzlich ist es zwar nicht Sache der Invalidenversicherung, die Einkünfte in einer Tätigkeit auszugleichen, welche im hypothetischen Gesundheitsfall nicht ausgeübt würde (Urteile des Bundesgerichts 9C_552/2016 vom 9. März 2017 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen und 9C_49/2008 vom 28. Juli 2008 E. 3.3). Angesichts dessen,

dass sich für den Beschwerdeführer - mit der Zusprache der alleinigen elterlichen Sorge an die Ex-Frau - aus den Akten seit Oktober 2015 keinen Aufgabenbereich mehr ergibt, zumal die Kinder ausser an den Wochenenden bei ihren Grosseltern wohnen und während der Arbeitszeit der Ex-Ehefrau primär durch diese und nur vertretungsweise durch den Beschwerdeführer betreut werden sollen, ist noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer auch nach Wegfall des Aufgabenbereichs keiner Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Dass die Beschwerdegegnerin keine Haushaltsabklärung durchgeführt hat und den hypothetischen Status nie gefragt hat, stellt eine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art.

43 ATSG dar (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_533/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 5). Dies wiegt umso schwerer, als keine abschliessende medizinische Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit vorliegt (vgl. nachfolgend E. 4.5). Die behandelnden Fachpersonen machten keine oder vage Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer möglichen Erwerbstätigkeit oder im Aufgabenbereich und die RAD-Ärzte stützten sich einzig auf diese Akten ohne eigene Untersuchungsbeefunde zu erheben. 4.5

Hierzu ist der Vollständigkeit halber anzufügen, dass in medizinischer Hinsicht divergente Beurteilungen darüber bestehen, ob der diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, (ICD-10: F33.3) ein invaliden versicherungsrechtlich relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt. RAD-Ärztin Dr. A. ___ hielt diesbezüglich in ihrer Stellungnahme vom 27. Oktober 2018 fest, dass sich die schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen nicht dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, und führte aus, dass die Einschätzung der behandelnden Psychiater nicht begründet und nachvollziehbar sei (vgl. E. 3.5). Wohl ergeben sich aus dem psychiatrischen Arztbericht wenig Angaben zu den objektiven Befunden und lässt sich die schwere depressive Störung mit psychotischen Symptomen anhand der Ausführungen nicht nachvollziehen, zumal der Beschwerdeführer angab, unter erhöhter Medikation weniger Stimmen im Kopf zu hören und er auch keine visuellen Halluzinationen mehr habe (vgl. Urk. 7/22/4). Indes beruht die Stellungnahme der RAD-Ärztin auf keiner persönlichen Untersuchung und konnte sie sich lediglich auf

die unzulänglichen Befunde der behandelnden Therapeuten abstützen. Schliesslich begründen Dr. H. ___ und lic. phil. G. ___ die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zwar primär infolge der COPD, eine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der diagnostizierten depressiven Störung wurde damit aber nicht gänzlich ausgeschlossen. Solange Anhaltspunkte für eine psychiatrische Erkrankung vorliegen und weitere Sachverhaltsabklärungen möglich sind, darf im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) die Folge der Beweislosigkeit für einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden nicht greifen (vgl. BGE 138 V 218 E. 6 S. 221; 117 V 261 E. 3b S. 264 mit Hinweis).

Schlüssige medizinische Ausführungen, die eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im nunmehr anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 erlauben würden, liegen hier nicht vor. Die Prüfung der invalidenversicherungsrechtlich relevanten Beeinträchtigungen ist nicht möglich, da sich die gegebenen Arztberichte sowie die Stellungnahmen der RAD-Ärzte nicht eingehender dazu äussern. 4.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, insbesondere wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Zur abschliessenden Klärung sind weitere Angaben über die gesamten Umstände (persönliche, familiäre, soziale und erwerbliche) eines Statuswechsels sowie über die medizinischen Verhältnisse notwendig. Die Sache ist daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2019 an die Beschwerdegegnerin zurück zu weisen zur umfassenden, rechtsgenügenden Beurteilung eines möglichen Statuswechsels sowie zur medizinischen Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Gestützt auf diese Abklärungen wird sie in Berücksichtigung des gesundheitlichen Verlaufs erneut über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben.

In dem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Das vorliegende Verfahren geht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Damit erweist sich das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 6. März 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück gewiesen wird, damit diese nach den Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der

Rechtskraft) 4.

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

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

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

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