

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00916 vom 29. Oktober 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00916

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00916 du 29 octobre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00916 del 29 ottobre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 19 71, reiste am 1. Juli 2014 von Spanien in die Schweiz ein (Urk. 7/14 Ziff. 1.4, Urk. 7/15)

und war vom 17. Juli 2014 bis 30. September 2015

als K och im Restaurant Z.____ angestellt und bezog danach Arbeitslosenentschädigung (Urk. 7/12, Urk. 7 / 14 Ziff. 5.4, Urk. 7/17), als er sich 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 Allge meinen 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 Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit 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 aner kannten 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 versicherten 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).

E. 1.3

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. 1.4

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmedizinischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1).

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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger

Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 1. 7

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

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass die erfolgten Abklärungen keine Diagnosen ergeben hätten, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Es lägen diverse Belastungsfaktoren vor, welche die gesundheitliche Situation beeinflussten. Diese Faktoren seien jedoch aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht unbeachtlich und könnten nicht berücksichtigt werden. Aus medizin-theoretischer Sicht könne der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Für die Unterstützung bei der Stellensuche sei das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation werde die Fortführung der ärztlichen Behandlung empfohlen. Neue medizinische Tatsachen seien durch den Einwand nicht vorgebracht worden, und auf das Gutachten könne weiterhin abgestellt werden (S. 1 f.). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 7. August 2019 nicht beweiskräftig sei (S. 3 Ziff. 1). Die Diagnosestellung von Dr. A.____

erweise sich als nicht schlüssig, indem fälschlicherweise die Diagnose einer schizoaffektiven Störung verneint und stattdessen der Verdacht auf eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens diagnostiziert werde, obschon die wichtige Voraussetzung des Auftretens der Störung in der Jugendzeit nicht erfüllt sei. Dieser Mangel sei

in unzutreffender Weise mit seiner fehlenden Motivation während der Begutachtung begründet worden (S. 3 f. Ziff. 2 -3). Die festgestellte motorische Unruhe sei im Zusammenhang mit seiner psychischen Erkrankung vor wenigen Jahren aufgetreten, und die funktionellen Einschränkungen dieser Störung seien als massiv zu beurteilen und erforderten weitere Abklärungen (S. 4 f. Ziff. 4). Obschon seine Einschränkungen, namentlich die motorische Unruhe, die exzessive Ruhelosigkeit, seine Impulsivität und Nervosität, welche immer wieder zu Konflikten und zur Arbeitsunfähigkeit geführt sowie

eine psychiatrische Behandlung erforderlich gemacht hätten, ausgewiesen seien, seien sie durch dieses Vorgehen in einer blossen Verdachtsdiagnose eingeordnet worden. Auf die erhobenen Einwände sei nicht eingegangen worden (S. 5 Ziff. 5-6). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.
3.1

Pract. med. B.____, Assistenzärztin, Klinik C.____, nannte in ihrem Bericht vom 3. Juli 2017 (Urk. 7/28/8-10) als Diagnose eine mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychische Symptome,

ICD-10 F32.1/2 (S. 2 oben).

Pract. med. B.____ führte aus, dass sich der Patient vom 23. Februar 2016 bis 28. Juni 2017 bei ihnen in ambulanter psychiatrischer Behandlung befunden habe. Er sei im Verlauf der Behandlung zunehmend depressiv geworden und habe es schliesslich nicht mehr geschafft, seine Kinder adäquat zu betreuen. Am 28. Oktober 2016 sei er im Rahmen einer Krisenintervention per fürsorgliche Unterbringung

(FU) aufgrund von Selbstgefährdung in die psychiatrische Klinik D.____ eingewiesen worden. Von der stationären Behandlung habe er deutlich profitieren können (S. 1 Mitte).

Aufgrund der komplexen psychosozialen Belastungsfaktoren im Umfeld des Patienten seien nur kleine Fortschritte in der Behandlung ersichtlich. Die seit Jahren anhaltenden psychosozialen Belastungsfaktoren (Migration, finanzielle Schwierigkeiten, fehlender Job, erschwerte Integration in der Schweiz, allein erziehender Vater von drei minderjährigen Kindern) mit schwerer depressiver Episode erlaubten keine positive Prognose, jedenfalls nicht in kurzer Zeit (S. 2 oben). Der Patient sei geschieden und habe drei Kinder. Er erhalte wirtschaftliche Sozialhilfe und wohne mit den Kindern in einem Einzelzimmer in der Familienherberge (S. 2 Mitte). Zur Krankheitsentwicklung führte pract. med. B.____ aus, dass der Patient durch seinen Arbeitgeber ein Personalzimmer neben dem Arbeitsplatz erhalten habe. Er sei immer ausgenutzt worden und habe viele unbezahlte Überstunden gemacht. Er habe im September 2015 um wenige freie Tage gebeten, um an der Beerdigung seines Vaters teilnehmen zu können, woraufhin er die Kündigung sowohl der Arbeitsstelle als auch des Personalzimmers per Ende Oktober 2015 erhalten habe (S. 2 unten). Zum Befund hielt pract. med. B.____ fest, dass der Beschwerdeführer altersgerecht und sehr gepflegt erscheine. Er sei wach und orientiert. Die Auffassung und Konzentration seien vermindert. Er sei unruhig, nervös und spreche schnell mit unregelmässigem Atem. Der formale Gedankengang sei logisch und kohärent, und es bestünden keine Hinweise auf Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt sei der Beschwerdeführer niedergeschlagen, verzweifelt und ratlos. Er mache sich viele Sorgen um die Zukunft und um seine Kinder. Der Antrieb sei leicht gesteigert bei innerer Unruhe und Nervosität (S. 3 oben). 3. 2

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in seinem Bericht vom 10. Oktober 2018 (Urk. 7/28/1-7) als Diagnose eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressive Episode (ICD-10 F25.1), bestehend seit Oktober 2015 (Ziff. 2.5).

Dr. E.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 4. Juli 2017 bei ihm in Behandlung sei und die letzte Kontrolle am 10. Oktober 2018 erfolgt sei (Ziff. 1.1). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Koch habe vom 29. Juli 2017 bis 30. April 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem 1. Mai 2018 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (Ziff. 1.3). Der Patient sei für die Tätigkeit als Koch nicht arbeitsfähig, da er psychisch dafür zu labil sei. Eine Tätigkeit ohne Stress und ohne hohe Anforderung an die Konzentration und Aufmerksamkeit wäre zu 50% möglich (Ziff. 2.7),

Ziff. 4.2). Der Patient sei bis September 2018 einer Tätigkeit als Kochaushilfe nachgegangen und seit Oktober 2018 arbeitslos (Ziff. 3.1-3) . Zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation führte Dr. E.____ aus, dass die Stimmung des Beschwerdeführers depressiv und gereizt und er psychomotorisch stark unruhig sei. Er sehe keine Zukunft für sich und habe Suizidgedanken. Er Sorge sich um den älteren Sohn, der seine Arbeitsstelle verloren habe und wieder Cannabis rauche (Ziff. 2.2). Die Bewusstseinslage des Beschwerdeführers sei klar und wach, die Stimmung sei depressiv und der Affekt sei labil und angespannt. Unter anderem bestünden akustische (kommentierende und imperative Stimmen) und optische (Mutter und Familienangehörige, die eigentlich nicht da seien) Halluzinationen sowie Ängste vor anderen Leuten. Der Schlaf sei gestört. Latent leide der Beschwerdeführer an Suizidgedanken, von welchen er sich wieder distanzieren könne (Ziff. 2.4). 3.3

Dr. A.____

stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 7. August 2019 (Urk. 7/57) nach Untersuchung des Beschwerdeführers am 26. April 2019 (S. 10 Mitte) folgende Diagnosen (S. 39 Ziff. 6): - Verdacht auf hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) - anamnestisch schädlicher Gebrauch von Z-Substanzen (Zolpidem, ICD-10 F13.1) mit Verdacht auf ein (früheres) ärztlich substituiertes Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.22) - Verdacht auf Tinnitus - sprachlich bedingte Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung - anamnestisch Zustand nach Arbeitsplatzkonflikt - akutenanamnestisch Zustand nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1) im Jahr 2016

Dr. A.____ führte zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit aus, dass aktuell aufgrund der beobachtbaren funktionellen Einschränkungen (motorische Unruhe) sowie dekonditionierender und selbst limitierender Effekte nach mehrjähriger Beschäftigungslosigkeit von einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Hilfskoch auf dem ersten Arbeitsmarkt, entsprechend rund 20 % oder 1.5 Stunden täglich, auszugehen sei. Dem Beschwerdeführer sei demnach eine tägliche Präsenzzeit von 6.5 Stunden in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfskoch medizinisch zumutbar. Eine aus heutiger Sicht nachvollziehbare Leistungseinschränkung während einer 80%igen Präsenzzeit lasse sich aufgrund der Untersuchung vom 26. April 2019 nicht begründen. Die aktuell beobachtbaren Beeinträchtigungen der Psychomotorik und Affektivität begründeten ausschliesslich eine leichte Beeinträchtigung der Dauerleistung (maximal 6.5 Stunden täglich; S. 49 Ziff. 8).

Zum Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit führte Dr. A.____ aus, dass sich zum Zeitpunkt der Begutachtung leichte arbeitsrelevante psychiatrisch bedingte Einschränkungen hätten definieren lassen, welche eine Wiedereingliederung mit reduziertem Pensum (80 %) in den angestammten Tätigkeitsbereich als Hilfskoch rechtfertigten. Retrospektiv sei davon auszugehen, dass in der Zeitspanne von 2016 bis heute wiederholt von einer leichten Leistungseinbusse von rund 20 % auszugehen sei (motorische Unruhe, Beeinträchtigungen der Affektivität im Sinne eines Habitualzustandes). Gleichzeitig sei festzustellen, dass die seit dem 1. Februar 2016 attestierten 100%igen und 50%igen Arbeitsunfähigkeiten

aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar seien. Während der akuten stationären Behandlung in der D.____ mit Beginn am 28. Oktober 2016 sei wiederum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründbar (S. 50 Mitte).

Die Frage nach einer angepassten Tätigkeit im Sinne eines Branchenwechsels stelle sich grundsätzlich nicht. Eine Leidensanpassung sei lediglich im Sinne einer ausschliesslich ausführenden Tätigkeit zu begründen. Im Rahmen von ausführenden Tätigkeiten bestünden keine Einschränkungen des Stellenprofils (S. 50 Mitte) .

Zur Diagnostik hielt Dr. A.____

fest, dass der geforderte frühe Beginn der hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1) durch den Exploranden bei submaximaler Anstrengung der Darlegung seiner Vorgeschichte nicht zu bestätigen gewesen und eine daher erforderliche familiäre Fremdanamnese derzeit nicht verfügbar gewesen sei. Hingegen sprächen eine Impulsivität mit der Tendenz zum vorzeitigen Abbruch von Tätigkeiten sowie eine exzessive Ruhelosigkeit vor allem in Situationen, welche eine relative Ruhe forderten (Bedeutungssituation) , für die Diagnose einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1). Ebenso vereinbar mit der Diagnose (ICD-10 F90.1) seien die kurzzeitige Unterdrückbarkeit der motorischen Unruhe, die teils oberflächlichen Antworten, das gelegentliche Unterbrechen der Dolmetscherin sowie der Ausschluss eines agitierten depressiven Syndroms (ICD-10 F3) und einer Angststörung (ICD-10 F4, S. 39 unten, S. 40 Mitte). Dr. A.____ führte weiter aus, dass er die aktenkundige Diagnose einer depressiven schizoaffektiven Störung (ICD-10 F25.1) weder durch die geschilderte Beschwerdelage (keine depressiven oder psychotischen Symptome)

einschliesslich Anamnese (blander Zustand vor 2015, kein episodischer Krankheitsverlauf) noch durch die Verhaltensbeobachtung (keine Minussymptomatik, keine massgeblichen formalen Denkstörungen) bestätigen könne (S.

40 oben). 3. 4

Dipl. med. F.____ , Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) , führte in seiner Stellungnahme vom 15. August 2019 (Urk. 7/58/5-6) aus, dass das Gutachten von Dr. A.____ vom 7. August 2019 beweiskräftig sei . Es werde auf den ausführlichen Gutachtenstext verwiesen. Im Rahmen des Gutachtens , aber auch in der Interaktion mit Behörden , habe sich häufig eine submaximale Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers gezeigt. Infolge dessen hätten sich einige Verdachtsdiagnosen nicht weiter vertieft explorieren lassen . Die Medikation werde vom Kunden nicht eingenommen , und es bestehe eine verminderte Compliance . Es fänden sich zahlreiche Inkonsistenzen. Zum Schweregrad des Gesundheitsschadens führte Dipl. med. F.____ aus, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund der mangelnden Anstrengungsbereitschaft und Mitwirkung des Beschwerdeführers keine anhaltenden medizinischen Gesundheitsschäden gegenwärtig und auch rückblickend attestiert werden könnten. Es bestünden zudem erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren und eine Abhängigkeit vom Sozialdienst. Der Kunde habe auch wenig Bereitschaft gezeigt, sich im Arbeitsmarkt integrieren zu wollen.

3. 5

G.____ , Oberarzt, Zentrum für Akute Psychische Erkrankungen, D.____ , nannte in seinem Bericht vom 6. August 2019 (Urk. 7/60) als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit Herbst 2016 (Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei vom 28. Oktober bis 18. November 2016 bei ihnen in Behandlung gewesen, und die letzte

Kontrolle sei am 18. November 2016 erfolgt (Ziff. 1.1). Vom 28. Oktober bis 18. November 2016 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.3).

Der Eintritt sei per FU bei Selbst gefährdung vor dem Hintergrund einer schweren depressiven Störung erfolgt (Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer sei im Rahmen einer depressiven Krise und bei einem drohendem Obhutsentzug der Kinder in die Klinik eingetreten. Unter anti depressiver Medikation habe sich die Stimmung rasch gebessert (Ziff. 2.2).

Zur beruflichen Situation wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer zuletzt als Koch gearbeitet habe . Als er wegen des Todes seines Vaters nach Spanien habe abreisen müssen, sei ihm die Stelle im September 2015 gekündigt worden. Seither sei er keiner Arbeit mehr nachgegangen. In den letzten Monaten habe der Beschwerdeführer an Antriebslosigkeit und Vergesslichkeit gelitten. Seit der Medikamentenumstellung gehe es ihm gut. Er sei seit November 2015 beim RAV gemeldet und lebe seit dem Zeitpunkt der Erkrankung im Februar 2016 von der Sozialhilfe (Ziff. 3.2).

Bei der Ausübung der bisherigen Tätigkeit bestünden als Funktionseinschränkungen Störungen der Konzentration, vermehrte r Antrieb und

Nervosität (Ziff. 3.4). Bei entsprechender Unterstützung und mit einer schritt weisen Steigerung der Anforderungen sei mit einer langsamen Steigerung der Leistungsfähigkeit zu rechnen (Ziff. 2.7, Ziff. 4.3). 3. 6

Dr. E.____ führte in seiner Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 (Urk. 7/68/1-2) zum Gutachten von Dr. A.____ vom 7. August 2019 aus, dass er zu den von Dr. H.____ genannten Inkonsistenzen, wonach der Explorand eine Angst vor Menschen beschreibe und gleichzeitig ein kontaktfrohes Verhalten während der Exploration zeige , ausführen wolle, dass die s keine Inkonsistenz sei. Der Beschwerdeführer habe diese Angst nur vor unbekanntem und für ihn fremden Menschen in der Öffentlichkeit. Er habe nicht vor allen Menschen Angst. In der Begutachtungssituation sei der Gutachter für ihn keine fremde Person gewesen, da er schliesslich auf die Situation vorbereitet gewesen sei und seine Unsicherheit mit einem übertriebenen kontaktfrohen Verhalten überspielt habe. Auch seien die A ngst beim Einkaufen und bei der Benützung öffentlicher Verkehrsmittel als gelegentliche, je nach Tagesform und Stimmung überwindbare Ängste zu qualifizieren, so dass dann ein unwohles Gefühl bestehen bleibe (S. 1 lit a und b) .

Weiter habe der Beschwerdeführer ihm gegenüber nie angegeben, dass er sofort bei der Einreise in die Schweiz an einer Nervosität gelitten habe. Erst mit der Zeit hätten sich seine Beschwerden und psychisch auffälligen Symptome entwickelt. Eine Stelle als Küchenaushilfe beim Restaurant Z.____ in einem Pensum von 50 % habe er erst im Mai 2018 erhalten, also nicht nach der Einreise in die Schweiz. Dort sei es dem Beschwerdeführer auch zunächst gut gegangen, da er sich gefreut habe, nach längerer Arbeitsunfähigkeit und dem Verlust seiner vorherigen Beschäftigung als Koch , nun eine Stelle gefunden zu haben. Doch er habe dann schnell wieder de kompensiert (S. 1 lit . c).

Dr. E.____ führte weiter aus, dass f ür den Beschwerdeführer eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt immer wichtig gewesen sei

(S. 1 lit . d unten f.).

Was den von Dr. A.____ geäusserten Verdacht auf eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.19) anbel ange, so sei ein früher Beginn meist in den ersten

fünf Lebensjahren ein wesentliches Kriterium. Der Beschwerdeführer habe jedoch im Kindesalter keine Auffälligkeiten des Verhaltens oder kognitive Beeinträchtigungen gezeigt. Vielmehr bestehe beim Versicherten eine depressiv bedingte geringe Frustrationstoleranz, welche zur Impulsivität und zum schnellen Abbruch von Tätigkeiten führe (S. 2 oben).

Dr. E.____ hielt die bestehende schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) auf den Beschwerdeführer für zutreffend. Noch bis Oktober 2015 habe er gut als Koch arbeiten können, doch dann habe er die Arbeitsstelle verloren, da seine psychischen Beschwerden angefangen hätten. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er ab Oktober 2015 erstmals psychotische Symptome gehabt habe. Er habe Stimmen gehört, welche er deutlich als die seines Vaters erkannt habe und habe Angst vor Menschen bekommen. Von diesen habe er sich beobachtet gefühlt und ständig mit sich selbst gesprochen, um sich vom psychotischen Erleben abzulenken. Hinzu seien eine depressive Stimmung, eine Antriebs- und Lustlosigkeit sowie Suizidgedanken gekommen (S. 2 Mitte). Als der Beschwerdeführer am 4. Juli 2017 in seine Behandlung gekommen sei, habe er erstmals über die psychotischen Symptome, welche er neben den depressiven gehabt habe, gesprochen. Er habe sich zuvor nicht öffnen können und seine psychotischen Symptome verschwiegen, sie aber auch für real gehalten. Im Verlauf habe es auch kurzfristige Remissionen gegeben, und die schizoaffektiven Symptome hätten nicht fortwährend bestanden. Es sei somit beim Beschwerdeführer von einer episodenhaften schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv, nach ICD-10 F25.1 auszugehen. Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 unten). 3. 7

Dipl. med. F.____, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 26. November 2019 (Urk. 7/74/4) zur im Rahmen des Einwandverfahrens gestützt auf den Bericht von Dr. E.____ geäußerte Kritik am Gutachten von Dr. A.____

aus, dass ihm die Argumentation des Gutachters plausibel und medizinisch nachvollziehbar erschienen sei. Im Einwand würden keine neuen medizinischen Sachverhalte geltend gemacht, welche nicht bereits von Dr. A.____ gewürdigt worden seien. 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____ vom 7. August 2019 (vorstehend E. 3. 3) respektive gestützt auf die Stellungnahmen des RAD-Arztes Dipl. med. F.____ vom 15. August und vom 26. November 2019 (vorstehend E. 3. 4 und E. 3.7) davon aus, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (vorstehend E. 2.1). Dagegen machte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Ausführungen seines behandelnden Psychiaters

Dr. E.____ (vorstehend E. 3. 2 und E. 3. 6) geltend, dass das Gutachten von Dr. A.____ nicht beweiskräftig sei (vorstehend E. 2.2). 4. 2

Das Gutachten von Dr. A.____ vom 7. August 201

E. 6

. März 201

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und die Gerichtskosten sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG

ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt sind (vgl. Gesuch in Urk. 1 S. 2 und Urk. 3), sind sie jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 19. Dezember 2019 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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
Gräub
Schucan

E. 8

unter Hinweis auf eine seit dem Jahr 2015 bestehende psychische Beeinträchtigung (nervös, Schlaflosigkeit, „Lärm im Kopf“) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7 / 14 Ziff. 6. 1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte bei

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten ein, das am 7. August 2019 erstattet wurde (Urk. 7/57). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/59, Urk. 7/66 , Urk. 7/72) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. November 2019 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 7/75 =

Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 19. Dezember 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. November 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei eine neue Begutachtung vorzunehmen und ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2020 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was dem Beschwerdeführer am 4. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

(vorstehend E. 3.3) erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.7) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und sein Verhalten und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den

Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erfolgte sodann rechtsprechungsgemäss unter Berücksichtigung der Standardindikatoren (Urk. 7/57 S. 39 ff. Ziff. 6-7; vorstehend E. 1.2-3).

Als vorrangiges psychopathologisches Merkmal stellte Dr. A.____ anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 26. April 2019 eine motorische Unruhe fest (Urk. 7/57 S. 27 Mitte, S. 28 Mitte, S. 32 Mitte, S. 33 Mitte). Diese motorische Unruhe konnte Dr. A.____ mangels hinreichend zu erhebenden Anhaltspunkten in der Vorgeschichte des Beschwerdeführers lediglich unter eine Verdachtsdiagnose subsumieren.

Dass Dr. A.____ lediglich eine Verdachtsdiagnose stellte, erweist sich in Anbetracht der hinreichenden Begründung entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) als legitim und vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern.

Insbesondere äusserte sich Dr. A.____ auch unabhängig von der Diagnosestellung zu dem funktionellen Schweregrad der aus der motorischen Unruhe resultierenden Beeinträchtigungen und befand diese als leichtgradig (Urk. 7/57 S. 40 unten).

Detailliert legte Dr. A.____

weiter dar, weshalb er die vom behandelnden Psychiater Dr. E.____ gestellte Diagnose einer seit Oktober 2015 bestehenden schizoaffektiven Störung (ICD-10 F25.1) verneinte.

Ins Gewicht fällt dies bezüglich, dass, wie Dr. A.____ ausführte (Urk. 7/57 S. 13

Mitte), vorliegend im Bericht der Klinik C.____ vom 3. Juli 2017 (vorstehend E. 3.1), wo der Beschwerdeführer vom 23. Februar 2016 bis 28. Juni 2017 in ambulanter Behandlung war, keine psychotischen Symptome beschrieben respektive solche ausdrücklich verneint wurden. Auch im Bericht der D.____ vom 23. September 2016 wurde nach stationärem Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 28. Oktober bis 18. November 2016 das Vorliegen von Sinnes täuschungen verneint (Urk. 7/57/59-63 S. 2, vgl. auch vorstehend E. 3.5). Viel mehr war von einem depressiven Geschehen im Wesentlichen vor dem Hintergrund der bestehenden komplexen psychosozialen Belastungssituation die Rede, welche ihren Ursprung im Job- und Wohnungsverlust sowie in der schwierigen Situation als alleinerziehender Vater von drei Kindern hatte.

Dass dies es N icht erwähnen der Halluzination en daran gelegen haben soll, dass sich der Beschwerdeführer bis zum Behandlungsbeginn am 4. Juli 2017 bei Dr. E.____ nicht habe öffnen können (vorstehend E. 3. 6),

erweist sich indes als wenig plausibel.

Hinsichtlich der Ausführungen des seit Juli 2017

behandelnden Psychiaters

Dr. E.____

vom

E. 10

Oktober 2018 und vom 1. Oktober 2019 (vgl. vorstehend E. 3. 2 und E. 3. 6) gilt es überdies zu berücksichtigen, dass seine

auftragsrechtliche Vertrauensstellung zumindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, weshalb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung seiner Berichte angebracht ist

(vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Dass Dr. E.____ sich eher zu Gunsten seines Patienten äusserte respektive dessen subjektiver Beschwerdeschilderung mehr Gewicht verlieh, geht klar aus seiner Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 (vorstehend E. 3.6) insbesondere zu den von Dr. A.____ aufgeführten Inkonsistenzen (Urk. 7/57 S. 25 f., S. 44 f.) hervor.

Auch stimmen die Ausführungen von

Dr. E.____, wonach der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Probleme seine Stelle als Küchenchef verloren habe (vorstehend E. 3. 6), nicht mit der Aktenlage überein.

So lässt sich dem Bericht des Dr.____ vom 23. Dezember 2016 und vom 6. August 2019 hierzu entnehmen, dass er nach dem Tod des Vaters nach Marokko gereist sei, weshalb er seine Stelle verloren habe (Urk. 7/57/59-62, vorstehend E. 3. 5). Auch im Bericht von prakt. med. B.____ vom 3. Juli 2017 (vorstehend E. 3. 1) wurde hierzu festgehalten, dass der Beschwerdeführer vom damaligen Arbeitgeber massiv ausgenutzt worden sei, und als er diesen im September 2015 um wenige freie Tage gebeten habe, um an der Beerdigung des Vaters teilnehmen zu können, die Kündigung erhalten habe.

Vor diesem Hintergrund erweist es sich weder als nachvollziehbar noch als erfolgsversprechend, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2018 beim gleichen Arbeitgeber erneut eine Stelle als Hilfskoch angenommen hatte (vorstehend E. 3. 6). Überdies attestierte Dr. E.____ dem Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 1. Oktober 2019 (vorstehend E. 3. 6) ohne dies weiter zu begründen, erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, obwohl er in seinem Vorbericht vom 10. Oktober 2018 (vorstehend E. 3.2) zumindest in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausging.

Eine Abgrenzung der zweifelsohne bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren, bei deren Vorliegen bei der Annahme einer renten begründenden Invalidität ohnehin Zurückhaltung geboten ist (vgl. vorstehend E. 1.4),

nahm Dr. E.____ zu keinem Zeitpunkt vor.

Zusammenfassend vermag die anderslautende Einschätzung der gesundheitlichen Situation sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr. E.____ keine hinreichenden Zweifel am Gutachten von Dr. A.____ zu begründen. 4.3

Aufgrund des Gesagten ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass gestützt auf das Gutachten von

Dr. A.____ vom 7. August 2019 (vorstehend E. 3.3) davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten und in jeder behinderungsangepassten Tätigkeit mindestens zu 80 % arbeitsfähig ist. 5.

Da die medizinischen Abklärungen demnach ergeben haben, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als Koch als auch in jeder angepassten Tätigkeit maximal zu 20 % eingeschränkt ist, erübrigt sich ein Einkommensvergleich, da kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorliegt (vgl. vorstehend E. 1. 5 -6).

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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