

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01139 vom 1. April 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-04-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01139

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01139 du 1 avril 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01139 del 1 aprile 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

E. 1.2

Eine fach ärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerz störung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (mitunter als Foerster-Kriterien bezeichnet). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4), dissoziativen Sensibilitäts- und

Empfindungsstörungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_10/2014 vom 20. August 2014 E. 3.3, SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), und Konversionsstörungen /dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteile des Bundesgerichts 8C_810/2013 vom 9. April 2014 E. 5.2.2 mit Hinweisen, 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) sowie bei Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E.

E. 1.3

Die genannte Praxis

ist ebenso auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anwendbar (Urteile 8C_483/201 vom 4. Dezember 2012 E. 4.2, 9C_209/2011 vom 27. Mai 2011 E. 3.2, 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 7, I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.5, I 696/05 vom 20. April 2006 E. 3.1 und 3.2.2).

Hingegen ist eine zuverlässig diagnostizierte, die Arbeitsfähigkeit wesentlich beeinträchtigende depressive Störung rechtsprechungsgemäss nicht als unklares, (im Sinne von Art.

E. 1.4

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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 1. 5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E.

4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 1.

E. 2

Der Versicherte erhob am 10. Dezember 2013 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. November 2013 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab Oktober 2012 eine ganze Rente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zwecks ergänzender medizinischer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. Januar 2014 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 14. März 2014 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 3) die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 7).

Am 29. August 2014 (Urk. 8) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Arztbericht vom 13. August 2014 ein (Urk. 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete darauf, dazu Stellung zu nehmen (12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei in psychischer Hinsicht nicht in versicherungsrelevanter Weise beeinträchtigt (S. 3 oben), auch nicht aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung (S. 3 f.). Dem Beschwerdeführer wäre eine Tätigkeit im Bereich der Metallherstellung zumutbar (S. 3 oben), ein Abzug vom Tabellenlohn sei nicht angezeigt (S. 3), und es resultiere (bei einem Invalideneinkommen von Fr. 69'097.--) ein Invaliditätsgrad von 9 % (S. 4 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (S. 1), der Beurteilung von behandelnder Seite, wonach er an einer posttraumatischen Belastungsstörung leide, komme mehr Gewicht zu als derjenigen im psychiatrischen Teilgutachten (S. 5 ff. lit. a). Auch gemäss dem genannten Gutachten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen von 35 % (S. 7 f. lit. a).

b). Das Valideneinkommen betrage Fr. 68'284.-- (S. 8 Ziff. c/ aa), beim Invalideneinkommen sei ein Abzug von 15 % vorzunehmen (S. 8 Ziff. c/ bb), und der Invaliditätsgrad betrage 100 % beziehungsweise jedenfalls 49 % (S. 9).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit dem Gesundheitszustand und der versicherungsrelevanten allfälligen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers, und damit dem Invaliditätsgrad, verhält. 3. 3.1

Die Ärzte des Zentrums Y.____ erstatteten am 15. März 2007 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 9/63).

Der rheumatologische Begutachter diagnostizierte ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, welches nicht klar auf ein strukturelles Korrelat zurückzuführen sei. Die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden seien sehr diffus, an strukturellen Pathologien würden sich bildgebend geringfügige Diskuspathologien L5/S1 und weniger L4/5 finden. Die klinische Untersuchung zeige dann aber ganz klar keine Konkordanz der beklagten Beschwerden zu diesen nicht altersunüblichen Segmentpathologien im unteren LWS-Bereich. Eine schwere körperliche Tätigkeit sei sicher nicht als ideal zu betrachten, da allenfalls aufgrund der Segmentveränderungen L5/S1 weniger L4/5 eine Schmerzexazerbation entstehen könnte. Für eine mittelschwere oder leichte körperliche Tätigkeit ohne repetitives Heben von Gewichten über 10 kg bestehe aus strukturell-rheumatologischer Sicht keine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 11 f.).

Die Fachärztin für Psychiatrie nannte als Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine Symptomatik, wie sie im Rahmen einer zumindest leichten depressiven Störung mit somatischem Syndrom zu finden sei (S. 14). Das somatoforme Beschwerdebild der Rückenschmerzen stehe in zeitlichem Zusammenhang zur ausgeprägten Konfliktsituation innerhalb der Familie, die entstanden sei, als die beiden Söhne des Beschwerdeführers aus erster Ehe in die Schweiz gekommen seien und dies schliesslich zur Trennung und Scheidung von seiner zweiten Frau geführt habe (S. 14 und S. 17). Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich aufgrund der erhobenen Befunde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 30 % (S. 14).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Metallbauer und Monteur nicht mehr einsetzbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe global gesehen eine Restarbeitsfähigkeit von 70 % (S. 17). 3.2

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 13. Oktober 2009 wurde unter anderem ausgeführt (Urk. 6/90 S. 12 E. 5.5): Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden massgebenden Kriterien ergibt, dass lediglich von einer zwar chronischen, aber mässig ausgeprägten somatischen Begleiterkrankung auszugehen ist. Aus dieser kann nicht gefolgert werden, eine Schmerzbewältigung sei ausnahmsweise

unzumutbar. Somit ist der Regelfall der zumutbaren Überwindbarkeit gegeben, so dass die aufgrund der diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung at-testierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 30 % im versicherungrechtlichen Rahmen ausser Betracht bleibt. Demzufolge ergibt sich auch in psychischer Hinsicht keine zu berücksichtigende Arbeitsunfähigkeit (...). 3.3

Das Bundesgericht führte in seinem Urteil vom 18. März 2010 (Urk. 6/98) unter anderem aus, die vorinstanzliche Beweiswürdigung sei nicht willkürlich (S. 6 E.

4.2), und bestätigte die Schlussfolgerung, eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht invalidisierend (S. 5 E. 4.1). 4. 4.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der den Beschwerdeführer seit April 2003 behandelt (vgl. Urk. 6/53/5-6 lit. D.1), führte in seinem Bericht vom 13. November 2012 unter anderem aus, er behandle den Beschwerdeführer vor allem wegen seines Rückenleidens. Verschiedene Versuche der Reintegration in den Arbeitsprozess seien gescheitert. Letztlich sei wahrscheinlich nicht ganz klar zu entscheiden, aus welchen Gründen der Patient arbeitsunfähig sei; diesbezüglich dürfte die psychiatrische Beurteilung entscheidend sein (Urk. 6/108). 4.2

Lic. phil. A.____, Psychologin, und Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer, Spital C.____, führten in ihrem Bericht vom 5. Dezember 2012 (Urk. 6/109) unter anderem aus, sie behandelten den Beschwerdeführer seit dem 19. Januar 2011; er komme 14-täglich zu therapeutischen Sitzungen, alternierend mit 14-täglichen bewegungstherapeutischen Sitzungen. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Begutachtung 2007/200

E. 7

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 7.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 24. März 2015 einen Aufwand von 6.7 beziehungsweise 6.76 (Fr. 1'352.-- : 200.-- = 6.76) Stunden und Barauslagen von Fr. 125.-- geltend gemacht (Urk. 14/2). Beim praxisgemässen Stundenansatz für bis Ende 2014 angefallenen Aufwand von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist sie somit von der Beschwerdegegnerin mit Fr. 1'595.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. November 2013 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. April 2013 hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Petra Oehmke, Affoltern am Albis, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'595.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke, unter Beilage einer Kopie von Urk. 15 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Kopien der Urk. 14/1-2 und Urk. 15 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 8

wesentlich verschlechtert. Neben der somatoformen Schmerzstörung müsse von einer schweren depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausgegangen werden. Daneben sei eine weitgehende psychosoziale Desintegration festzustellen. 4.3

Am 26. April 2013 erstattete Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/115).

Als rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie ein lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom links bei degenerativen Veränderungen vor allem L5/S1 und einer Diskushernie L5/S1, ohne radiokuläre Zeichen (S. 67

Ziff. 7.1).

Betreffend Arbeitsfähigkeit führte sie unter anderem aus, wegen des Rückenleidens könne der Beschwerdeführer Lasten bis zu 10 kg heben oder tragen (leichtes Belastungsniveau); dafür betrage die Arbeitsfähigkeit 100 % (S. 69

Ziff. 9.3). 4.4

PD Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 29. April 2013 ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/116/1-15).

Der Gutachter nannte (aus psychiatrischer Sicht) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.1): - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10

F32.0 / F32.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 7 Ziff. 4.2): - noch teilweise Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

In seiner Beurteilung (S. 7 f.) führte der Gutachter unter anderem die folgenden anamnestischen Elemente an: Nach fünf Jahren Schulbesuch arbeitete der Beschwerdeführer während Jahren in der Türkei auf dem elterlichen Bauernhof. Von 1976 bis 1986 war er ein erstes Mal verheiratet; der Ehe entsprossen sechs Kinder. Nach Inhaftierungen und Foltererfahrungen aufgrund seiner kurdischen Abstammung kam er 1988 als Flüchtling in die Schweiz. Von 1990 bis 2003 war er als Metallarbeiter angestellt. Er erlitt zweimal ein Verhebetrauma; dasjenige von 1991 blieb folgenlos, nach dem zweiten im Januar 2002 gelang es ihm nicht mehr, an die frühere Stelle zurückzukehren (S. 7). Im Zeitpunkt des zweiten Verhebetraumas

stand er bereits in einer schwierigen psychosozialen Situation, namentlich 2002 die Trennung und 2004 Scheidung der zweiten, von ihm als harmonisch erlebten, Ehe (S. 8).

Der Gutachter führte weiter aus, die genannten Erlebnisse dürften dafür mit verantwortlich gewesen sein, dass es zu einer psychischen Fehlentwicklung auf mehreren Ebenen gekommen sei. Der Explorand habe eine - schon im Gutachten von 2006 festgestellte - depressive Störung entwickelt. Ebenso habe er eine

- schon in einem Bericht im April 2004 festgehaltene - anhaltende somatoforme Schmerzstörung entwickelt. Zudem seien er unterdessen nun auch einzelne Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgeflackert zu sein, und zwar seit der Explorand nicht mehr einer ausserhäuslichen Arbeit nachgehe und auch die soziale Situation durch die Trennung/ Scheidung von seiner zweiten Gattin etwas brüchiger geworden sei (S. 8 Mitte).

Aktuell könne die depressive Störung, aus näher genannten Gründen, als leicht- bis mittelgradig eingestuft werden, nicht aber als schwerergradig (S. 9 Mitte).

Die posttraumatische Belastungsstörung sei nicht in vollem Ausmass ausgeprägt. Es dürfte dem Exploranden über viele Jahre gelungen sein, durch seine tägliche Arbeit und die gute ehelich-soziale Integration die entsprechenden trauma-assoziierten Symptome zu binden, die nun vereinzelt, auch im Rahmen der Psychotherapie, aufflackerten (S. 9 f.).

Der Explorand berichte, dass er regelmässig spazieren gehe, auch seine Kollegen treffe und in den letzten Jahren mehrfach zu bestimmten Anlässen in der Türkei gewesen sei (S. 10).

Aufgrund der depressiven Störung resultiere eine Funktions einbusse in der Höhe von 35 % (S. 10 unten).

Einzelne der sogenannten Foerster-Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.2) seien erfüllt, so dass dem Exploranden nicht mehr eine vollumfängliche aktive Leistung zur Überwindung der Körperschmerzen zugemutet werden könne. Die daraus resultierende Einbusse sei aber bereits in der sich aus der depressiven Störung ergebenden Einbusse berücksichtigt (S. 11 oben).

Die posttraumatische Belastungsstörung beziehungsweise die einzelnen Symptome dieser nicht vollständig ausgebildeten Störung führten zu keiner Einbusse der Arbeitsfähigkeit. Der Explorand erlebe diese Symptome nur bei grösseren psychischen Belastungen, sei aber im Alltag diesbezüglich häufig beschwerde frei (S. 11 Mitte). 4.5

In der interdisziplinären Beurteilung vom 29. April 2013 kombinierten Dr. D.____ und PD Dr. E.____ ihre in den beiden genannten Gutachten erfolgten Beurteilungen (Urk. 6/116/16).
4.6

Im Feststellungsblatt vom 12. Juni 2013 (Urk. 6/118) wurde unter dem Titel „Stellungnahme KB“ und mit dem Visum „F.____“ am 11. Juni 2013 ausgeführt, es sei davon auszugehen, dass es sich bei der leichten depressiven Störung mit symptomatischem (richtig: somatischem) Syndrom und der somatoformen Schmerzstörung um eine reaktive s Geschehen handle und dass die Depression im Wesentlichen Folge von Problemen mit der Berufstätigkeit und der psychosozialen Belastungssituation sei. Eine solche von belastenden Lebensumständen nicht verselbständigte Depression vermöge nach der Rechtsprechung (BGE 127 V 394) keine bleibende oder länger dauernde Erwerbsunfähigkeit zu bewirken. Ausserdem lägen auch keine weiteren Befunde wie beispielsweise eine ernsthafte Persönlichkeitsstörung vor, die es dem Versicherten verunmöglichte, die Folgen der bestehenden leichten Depression zu überwinden. Ein kompletter sozialer Rückzug sei nicht ausgewiesen. Aus somatischer Sicht sei der Versicherte für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Da keine psychische Beeinträchtigung mit invalidisierender Wirkung vorliege, bestehe - entgegen dem Gutachten - eine volle Arbeitsfähigkeit für angestammte (richtig: angepasste) Tätigkeiten (S. 5). 4.7

Am 24. Oktober 2013 erstatteten die Fachpersonen des Spitals C.____ (vorstehend E. 4.2) eine Stellungnahme zum Vorbescheid (Urk. 6/130). Sie hielten als Befunde fest, der Patient zeige alle für eine PTBS symptomatischen Merkmale (Intrusionen, Vermeiden, erhöhtes Erregungsniveau); als erschwerend für das Krankheitsbild sei anzusehen, dass es sich um eine sequentielle Mehrfachtraumatisierung mit Beginn bereits in der Kindheit handle (S. 2).

Sie nannten folgende Diagnosen (S. 4 oben): - ICD-10 F43.1 posttraumatische Belastungsstörung, chronisch - ICD-10 F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung - ICD-10 F33.1 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - Differentialdiagnose (DD) ICD-10 F62.0 anhaltende Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung

Betreffend die diagnostische Beurteilung führten sie aus, die Symptome einer PTBS seien beim Patienten objektivierbar vorhanden, es werde „aber nur ein Teil seiner Beschwerden - Wiedererleben, Hyperarousal und Vermeidung - durch das nach ICD-10 reduktionistisch formulierte PTBS-Konzept abgedeckt“. Über die Kernsymptome der PTBS hinaus bestünden wesentliche weitere (näher benannte) Symptome, welche dem Charakter einer dysfunktionalen Persönlichkeitsprägung

entsprächen und diagnostisch anderweitig abgedeckt werden müssten. Zwar sei nach ICD-10 die Co-Diagnose einer PTBS und einer Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung formal ausgeschlossen; es wäre aber eine gleichzeitige Diagnostizierung klinisch

in diesem Fall durchaus sinnvoll (S. 5 Mitte).

Eine chronische, meist somatoforme Schmerzstörung sei häufig mit dem Erleben sequentieller interpersoneller Gewalt vergesellschaftet und trete bei praktisch allen Patienten des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer auf (S. 5 unten).

Ferner führten sie unter anderem aus, ein grosses Hindernis für eine Arbeitsfähigkeit seien die konstanten Schmerzen, die gemäss der Beschwerdegegnerin für den Patienten mit einer zumutbaren Willensanstrengung vermutlich überwindbar seien. Die geforderte Willensanstrengung sei dem Patienten, auch wenn er sich Mühe gebe, nicht ausreichend möglich, dies als direkte Folge der Folter, deren Ziel es sei, den Willen eines Menschen zu brechen (S. 7 oben).

Die sogenannten Foerster-Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.2) seien weitgehend erfüllt und sprächen für eine schlechte Prognose. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht empfehlenswert wäre eine flexible und den eingeschränkten Möglichkeiten des Patienten angepasste, geschützte Beschäftigung, bei der er sich bewegen und pausieren könne, von zirka 2-4 Stunden pro Woche (S. 7 unten).

Zusammenfassend führten sie aus, es zeige sich ein stark chronifiziertes

Zustandsbild mit massivem Leidensdruck, der sich gemäss ihrer Einschätzung seit dem Urteil vom Oktober 2009 weiter verschlechtert habe und das sich trotz der regelmässigen psychotherapeutischen Gespräche und der medikamentösen Therapie nur wenig verändern lasse (S. 8 oben).

4.8

Am 13. August 2014 berichtete Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, über seine am 8. Juli 2014 erfolgte Untersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 9).

Der Beschwerdeführer gehe gemäss seinen Angaben einmal monatlich zu seinem Hausarzt und regelmässig zu Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (S. 2 Mitte).

Dr. G.____ nannte folgende Diagnosen (S. 5 oben): - leichte thorakal links-, lumbal rechtskonvexe Skoliose - lumbovertebrales Schmerzsyndrom - muskuläre Dysbalance der Wirbelsäulenmuskulatur - cervicothorakales Schmerzsyndrom links mit Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Schultergürtels und des linken Oberarms (neurologisch nicht abgeklärt) - Lumboischialgie links mit Sensibilitätsstörung im Bereich der gesamten linken unteren Extremität - Diskushernie L5/S1 mit möglicher Kompression der linken Wurzel S1 (MRI vom 7. Oktober 2003 - richtig möglicherweise: 18. April 2013; vgl. S. 4 unten -

Spital I.____) - somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung, leichte bis mittlere Depression, posttraumatische, chronische Belastungsstörung

Betreffend Arbeitsfähigkeit führte Dr. G.____ aus, aufgrund der Akten und der Schilderungen des Patienten gelange er zur Auffassung, dass im Sinne einer leichten Beschäftigungstherapie 50-70 % Arbeitsfähigkeit erreicht werden sollte, vorerst zweimal wöchentlich und später bei guter Integration täglich 4-6 Stunden pro Tag. Es sollten keine Gewichte über 5 kg repetierend getragen oder gestossen werden, Arbeiten in gebückter Haltung seien zu vermeiden. Vorzuziehen sei eine leichte Tätigkeit, die wechselnd in stehender, sitzender Position durchgeföhrt werden könne (S. 7 oben). 5. 5.1

Bezüglich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) folgt das Bundesgericht einer engen Lesart der in der ICD-10 formulierten Leitlinien und verlangt „eine Latenz von in der Regel höchstens sechs Monaten“ (Urteile 9C_687/2013 vom 24.

Juni 2014 E. 4.2, 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 E.

4.3.2 ; vgl. auch Urteile

I 894/06

vom 16. Oktober 2007 E. 4, I 750/06 vom 22. August 2007 E. 3.2.1, 8C_103/2007 vom 17. August 2007 E. 3.3), beziehungsweise führt aus, die Diagnose dürfe „ nur gestellt werden, wenn die Symptomatik innerhalb von sechs Monaten nach einem belastenden Ereignis aufgetreten ist “ (Urteil 8C_242/2007 vom 20. Februar 2008 E. 2.3.3) oder betont, es sei „ festzuhalten, dass die Diagnose einer PTBS gemäss ICD-10 voraussetzt, dass die Störung innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt “ (Urteil U 439/06 vom 29. Mai 2007 E. 3.4) . 5.2

Das Bundesgericht nimmt dabei auf folgende Passagen der ICD-10 Bezug (H.

Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel F, Klinisch-Diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, Bern 2014, S. 208 oben): „Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre

einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über (...).“ Im Rahmen der Leitlinien heisst es unter anderem (S. 208): Diese Störung soll nur diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine „wahrscheinliche“ Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose (...) gestellt werden. (...) Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren. 5.3

Im Rahmen der Beweiswürdigung weist das Bundesgericht regelmässig auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag hin (etwa Urteile 8C_386/2012 vom 20. Juni 2012 E. 3.2, 9C_65/2012 vom 28. Februar 2012 E.

4.3, 9C_768/2011 vom 8. Februar 2012 E. 2.3, 9C_683/2011 vom 9. Januar 2012 E. 3.3, 9C_665/2011 vom 21. November 2011 E. 2.3, 9C_81/2011 vom 28. März 2011 E. 3.3, 9C_842/2009 vom 17. November 2009 E. 2.2).

In einem Fall formulierte es gar, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch eine auf Folterfolgen spezialisierte Ärztin vermittele den „ Eindruck, dass darin die Auseinandersetzung mit der belastenden Vorgeschichte zu sehr im Mittelpunkt der Untersuchung stand und dadurch ein verzerrtes Bild der Versicherten gezeichnet wurde. Diese stand ja auch wegen der Folterproblematik im Zentrum .

in therapeutischer Behandlung, welches sie bereits aus diesem Grund in einem belasteten Zustand erlebte. Dem ist im Rahmen der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen. “ (Urteil I 715/05 vom 27. Januar 2006 E. 6.2). 5.4

Vor dem Hintergrund der geltenden Rechtsprechung (vorstehend E. 5.1) er scheint es als ausgesprochen fraglich, ob der von den Fachpersonen des Spitals C.____ gestellten (und auch vom psychiatrischen Gutachter angesprochenen) Diagnose einer PTBS gefolgt werden kann. Hingegen unterliegt die - wenn auch nur als Differentialdiagnose - ebenfalls genannte Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) gerade nicht dem von der Rechtsprechung betonten Latenz-Vorbehalt und entspricht sinngemäss auch den diagnostischen Empfehlungen der ICD-10 (vorstehend E. 5.2). 5.5

Als Zwischenfazit ergeben sich als massgebende psychiatrische Diagnosen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine - gemäss Gutachten leichte bis mittelgradige (vorstehend E. 4.4), gemäss Spital C.____ mittelgradige (vorstehend E.

4.7)

- depressive Episode beziehungsweise Störung, und eine subsyndromale PTBS ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Gutachten) beziehungsweise eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (Spital C.____).

Auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung ist praxisgemäss die Rechtsprechung anwendbar, gemäss welcher zusätzliche Kriterien erfüllt sein müssen, damit eine damit verbundene Arbeitsunfähigkeit anspruchsvoll ist (vorstehend E. 1.2). 5.6

Im Vordergrund steht eine mögliche psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. In diesem Zusammenhang ist zwar zu beachten, dass das Bundesgericht eine solche mitunter mit der Begründung verneint, mittelgradige depressive Episoden stellen grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar (so etwa die Urteile 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1, 8C_958/2010 vom 25. Februar 2011 = SVR 2011 IV Nr. 57 E. 6.2.2.2, 9C_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2). Zu beachten ist aber im vorliegenden Fall auch, dass der psychiatrische Gutachter der diagnostizierten Depression immerhin soviel Gewicht beimessen hat, dass sie gemäss seiner Beurteilung eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % zu begründen vermag (vorstehend E. 4.4). Weiter fällt ins Gewicht, dass nebst der Schmerzstörung und der erwähnten Depression eine weitere psychiatrische Diagnose gestellt wurde, nämlich vom psychiatrischen Gutachter eine subsyndromale PTBS (wenn auch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit), von den Fachpersonen des Spitals C.____ (differentialdiagnostisch) eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung.

Die wertende Würdigung dieser Umstände in ihrer Gesamtheit führt zum Schluss, dass das Vorliegen einer relevanten Komorbidität zu bejahen ist.

Dementsprechend ist die Arbeitsunfähigkeit, die - nachvollziehbar - mit der Beeinträchtigung durch die Schmerzstörung begründet ist, auch versicherungsrechtlich relevant. 5.7

PD Dr. E.____ attestierte in seinem psychiatrischen Gutachten (Urk. 6/116/1-15) eine Arbeitsunfähigkeit von 35 %. Hauptsächlich begründete er diese mit der depressiven Störung (S. 10 unten). Gleichzeitig führte er aus, aus der Schmerzstörung resultiere eine Einbusse, die aber bereits bei der sich aus der depressiven Störung ergebenden Einbusse berücksichtigt sei (S. 11 oben), mithin ebenfalls mit (maximal) 35 % zu veranschlagen ist. Geht man, wie dargelegt, davon aus, dass die depressive Störung im Gesamtkontext das Kriterium der Komorbidität zu erfüllen vermag (vorstehend E. 5.6), so ergibt sich aus dem

psychiatrischen Gutachten, dass eine der Schmerzstörung zugeordnete, anspruchrelevante Ein busse von 35 % besteht.

Die Fachpersonen des Spitals C.____ postulierten eine Arbeitsfähigkeit von 2-4 Stunden pro Woche unter gewissen Randbedingungen (vorstehend E. 4.7), wa s einer Ein bus se von gerundet 80-90 % entsprechen würde. Eine überzeugende Begrün dung dafür, dass der Beschwerdeführer in einem derartigen, nahezu vollständi gen Ausmass an jeglicher Tätigkeit gehindert sein sollte, findet sich nicht. Vielmehr ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Beurteilung offenkundig in erster Linie aus therapeutischem Blickwinkel erfolgt ist, so dass sie nicht unbesehen auf die Ebene der Anspruchsprüfung übertragen werden kann (vorstehend E.

5.3). Dafür ist vielmehr auf die nachvollziehbare gutachterliche Einschätzung abzustellen. Bemerkenswerterweise resultiert dabei mit 65 % eine anzunehmen de Arbeitsfähigkeit, welche in der gleichen Grössenordnung liegt wie diejenige, die der konsultierte Chirurg aus somatischer Sicht postulierte (vorstehend E.

4.8), ohne dass Anzeichen bestünden, dass Einschränkungen somatischer und psychischer Art sich kumulieren würden.

Somit ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass für eine wech selbelastende Tätigkeit mit Tragbelastungen bis 5 oder 10 kg eine Arbeits fähigkeit von 65 % besteht.

6. 6.1

Das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin mit Fr. 69'097.-- im Jahr 2013 beziffert (vorstehend E. 2.1). Davon ist auszugehen. 6.2

Für das Invalideneinkommen sind praxismässig die Tabellenlöhne der LSE heran zuziehen (vorstehend E. 1.5). Aktuell verfügbar sind die Ergebnisse der LSE 2012 (Urk. 15) .

Im Total aller Wirtschaftszweige erzielten Männer mit ein fa chen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art im Jahr 201 2 ein Ein kom men von Fr. 5'210 .-- (Tab. TA1 _tirage_skill_level , Total, Niveau 1). Umge rechnet auf ein Jahr und eine Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 88 , Tab. B 9.2, Total) sowie der Nominallohnentwicklung von 0.7 % im Jahr 2013 (Die Volkswirtschaft 3/4-2015, S. 89, Tab. B 10.2, Total) angepasst, ergibt dies bei einer Arbeitsfähigkeit von 65 % im Jahr 2013 rund Fr. 42'662 .-- (Fr. 5'210 .-- x 12 : 40.0 x 41.7 x 1.007 x 0.65) .

Dem Beschwerdeführer ist gemäss ärztlicher Beurteilung nur ein Teilpensum zumutbar, was bei männlichen Hilfsarbeitern praxismässig mit einem Abzug (vorstehend E. 1.6) von 10 % zu berücksichtigen ist, womit ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 38'396.-- (Fr. 42'662.-- x 0.9) resultiert. 6.3

Beim Valideneinkommen von Fr. 69'097.-- (vorstehend E. 6.1) und dem Invali deneinkommen von Fr. 38'396 .-- (vorstehend E. 6.2) beträgt die Einkommens ein busse Fr. 30'701 .--, was einen Invaliditätsgrad von rund 44 % ergibt.

Bei diesem Invaliditätsgrad besteht Anspruch auf eine Viertelsrente .

Nachdem die erneute Anmeldung vom 2. Oktober 2012 datiert, besteht der Rentanspruch ab 1. April 2013 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

7.

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