

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00990 vom 17. Februar 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00990

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00990 du 17 février 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00990 del 17 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1965, war seit 1991 als selbständiger Taxiunternehmer tätig (vgl. Urk. 6/1 Ziff. 6.3.1, Urk. 6/20, 6/29-31, Urk. 6/49, Urk. 6/53). Unter Hinweis auf seit dem 2. Dezember 2006 bestehende Beschwerden meldete er sich am

E. 1.1

Am 1. Januar 2008 und am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass der angefochtenen Entscheidung respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 29. August 2014 – und somit nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision und der Revision 6a ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445

.; Urteil des Bundesgerichts I 42 8/04 vom 7. Juni 2006 E. 1) respektive die am 1. Januar 2012 revidierten Bestimmungen abzustellen.

Da die 5. IV-Revision hinsichtlich Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E.

2), werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen – soweit nichts anderes vermerkt ist – im Folgenden in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden und mit der Revision 6a unverändert gebliebenen Fassung zitiert.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen,

Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist – auch bei psychischen Erkrankungen – in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E.

5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2).

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den

invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E.

3.2 mit Hinweisen). 1.

E. 1.6

).

Dr. G.____ führte aus, insgesamt sollten weder bezüglich des Unfalles vom 22. Dezember 2006 noch vom Unfall vom 22. Januar 2010 relevante Bewegungeinschränkungen resultieren (Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit sollte mit Einschränkungen bezüglich des Hebens schwerer Lasten möglich sein (Ziff. 1.7). 3. 5

Am 14. Februar 2012 erstatteten die Gutachter des

Zentrums Z.____ das von der Beschwerdegeherin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/69) und stellten

folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 23 lit. E. Ziff. 1): - Status nach körperlicher Misshandlung im Rahmen eines Überfalls vom 22. Dezember 2006 mit /bei - osteosynthetisch versorgter subcapitaler

Humerusfraktur rechts

einseitig Abriss des Tuberculum

major, operative Behandlung am 27. Dezember 2006, liegendes Osteosynthesematerial - noch mässig eingeschränkter Beweglichkeit und Minderung der Druckbelastbarkeit der rechten Schulter - noch anhaltender florer

Epicondylitis

humeri

radialis rechts - Nervus

suprascapularis Läsion rechts (ohne Funktionsstörung) - Restsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mit persistierender Angst, phobischen Störungen und Stimmungslabilität sowie emotionaler Verunsicherung, ICD-10 F43.1

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) nannten die Gutachter in der Hauptsache einen Status nach seitlichem Aufpralltrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalles vom 22. Januar 2010 mit stattgehabter HWS-Distorsion, LWS-Kontusion und Distorsion, Thoraxkontusion, ohne Folgen, sowie mässig intensive degenerative, fehlstatische Befunde der HWS und der LWS im Sinne eines myofaszialen, cervicovertebralen

Schmerzsyndromes und eines lumbovertebralen Syndroms. Weiter nannten sie soziale Zurückweisung und Ablehnung sowie sonstige belastende Lebensumstände, welche Familie und Haushalt negativ beeinflussten (S. 23 lit. E. Ziff. 2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit würden die orthopädisch-traumatologischen

und psychiatrischen Auswirkungen als Folge der Unfalleinwirkung vom 22. Dezember 2006 wie folgt zusammengefasst: 0 % Arbeitsfähigkeit vom 22. Dezember 2006 bis 20. Juni 2007, 50 % Arbeitsfähigkeit vom 1. Juni 2007 bis Dezember 2008, 70 %

Arbeitsfähigkeit von Dezember 2008 bis 15. November 2011, 80 % Arbeitsfähigkeit ab dem 16. November 2011 weiter hin und auf Dauer. Die Gutachter führten aus, zusammenfassend bestehe bei dieser versicherten Person eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 % (S.

27 unten). In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 90 % . Diese Einschränkung werde im psychiatrischen Fachgebiet formuliert (S.

28

oben). Während der psychiatrische Anteil der Einwirkungen des Ereignisses vom 22. Dezember 2006 ab dem 16. November 2011 nur noch mit 10 % und darüber hinaus prognostisch weitergehend regredient eingeschätzt werde, verbleibe aus rein orthopädisch-somatischer Sicht in der Folge der Schädigung der rechten Schulter und des rechten Oberarmes, somit des gesamten rechten Armes , eine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20 % .

Bezug nehmend auf das Ereignis vom 22. Januar 2010 sei beim stattgehabten seitlichen Aufpralltrauma von einer minderschweren HWS-Distorsion und einer minderschweren Kontusion der LWS und des Brustkorbes auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit werde für einen maximalen Zeitrahmen von drei Monaten, somit bis am 22. April 2010 nachvollzogen. Anschliessend seien die Folgen des Ereignisses vom 22. Januar 2010 nicht mehr in einem messbaren Umfange auszuweisen (S. 25 oben).

Der Versicherte habe im psychiatrischen Teilgutachten erhebliche Belastungen durch innerfamiliäre Spannungen geschildert , die sich sowohl mit der seit einem Jahr arbeitslosen Tochter als auch mit dem Sohn widerspiegeln. Zudem sei inzwischen eine finanziell angespannte Situation entstanden, da sich der Versicherte nur in der Lage fühle, zu 40 % in seinem angestammten Beruf als selbständiger Taxifahrer tätig zu sein. Diese ökonomische Lücke werde überwiegend durch Verwandten-Kredite, jetzt auch durch eine Erbschaft und wohl auch Zuzahlungen der erwachsenen Tochter überbrückt (S. 29 oben).

3. 6

Die Ärzte der Klinik A.____ stellten in ihrem Austrittsbericht vom 12. Oktober 2012 (Urk. 6/82) folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, ICD-10 F33.2 - posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1 - Probleme mit Bezug auf Stress, anderenorts nicht klassifiziert - sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensbewältigung

Die Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer habe sich vom 19. Juli bis 6. September 2012 in stationärer Behandlung befunden. Die Einweisung sei freiwillig durch den Hausarzt erfolgt (S.

1). Im Eintrittsgespräch habe der Beschwerdeführer über eine seit vielen Monaten bestehende niedergeschlagene Stimmung, über Konzentrationsstörungen, Alpträume, Flashbacks bezüglich eines Überfalls im Jahr 2006, Ein- und Durchschlafstörungen, Antriebslosigkeit, Interessen- und Hoffnungslosigkeit, Insuffizienz- und Schamgefühle geklagt . Weiterhin habe er über multiple psychosoziale Belastungsfaktoren berichtet. Aktuell könne er nicht mehr als 40 % arbeiten. Zudem habe er immer mehr den Überblick über seine finanziellen Angelegenheiten verloren. Er habe das Gefühl, sich nicht mehr aus eigener Kraft strukturieren zu können (S. 2 oben).

Die Ärzte führten aus, im Rahmen des Aufenthaltes sei psychotherapeutisch insbesondere an der Beziehungsgestaltung und den interpersonellen Interaktionsmustern gearbeitet worden. Hierzu seien Prägungen aus der Kindheit wie Ver lustängste , Kontrollbedürfnisse und Störungen des Selbstwertgefühls sowie der Umgang mit dem Taxiüberfall 2006 und die Freisprechung der vermeintlichen Täter als zentrale Elemente erarbeitet worden. Nach diversen Belastungs erprobungen habe der Beschwerdeführer ohne Anhalt für akute Eigen- oder Fremdgefährdung in weitgehender Teilremission bezüglich der depressiven Symptomatik in die gewohnten Verhältnisse austreten können (S. 3 Ziff. 5).

Unter der aktuellen Medikation sei er zum jetzigen Zeitpunkt für 30 % arbeitsfähig und fahrtauglich zu erachten (S. 4 Mitte). 3. 7

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 19. Oktober 2013 (Urk. 6/97/31-33) aus, diagnostisch müsse aufgrund der Befunde bezüglich der Persönlichkeit des Beschwerdeführers von einer ängstlich- vermeidenden Störung mit Zügen von Abhängigkeit ausgegangen werden, welche schon vor dem Überfall bestanden habe. Dazu komme die seit Jahren bestehende , immer noch sicher mittelschwere depressive Störung, die seine Lebensführung heute erheblich einschränke und seine Leistungsfähigkeit massgeblich beeinflusse . Dr. I.____ führte aus, im Rahmen der Behandlung habe insgesamt eine Stabilisierung , aber leider keine anhaltende Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden können. Auch erachte er die posttraumatische Belastungsstörung für längst nicht abgeklungen. Der Beschwerdeführer berichte über immer wieder auftretende Nachhallerscheinungen und Schreckhaftigkeit. Auch vermeide er den Ort des Überfalls, da er die damit verbundenen Gefühle nicht ertragen würde (S. 2 unten). Der Beschwerdeführer sei seit dem 6. Dezember 2012 bei ihm in Behandlung (S. 1 Mitte).

Dr. I.____ führte aus , bezüglich der Arbeitsfähigkeit teile er die Beurteilung der Klinik A____ , die bei der Entlassung von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen sei (S. 3 oben).

Bei Behandlungsaufnahme habe sich der Beschwerdeführer weiter in einem deutlich depressiven Zustand befunden. Besonders habe ihn belastet , dass sich während der Hospitalisation ein anfänglicher Zimmerkollege das Leben genommen habe, nachdem er auf seinen Wunsch hin in ein Einzelzimmer habe wechseln können. Diese Gedanken verfolgten ihn bis heute und seien immer noch mit schweren Schuldgefühlen verbunden (S. 1 Mitte).

Aus der Anamnese sei deutlich geworden, wie der Beschwerdeführer bis heute stark darunter leide, dass sich seine Eltern während seiner Jugend nur wenig um ihn gekümmert , während sie seine Geschwister in die Schweiz geholt hätten. Bis heute fühle er sich von seinen Eltern zurückgesetzt. Bis zur Geburt des ersten Kindes habe sein Vater von ihm und später auch von seiner Ehefrau den Arbeitslohn eingefordert, so dass eine starke Abhängigkeit aufrecht erhalten worden sei, die seine Entwicklung zur Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Leistungsfähigkeit deutlich und bleibend behindert habe. So sei er auch mit seiner Tätigkeit als selbständiger Taxifahrer nur wenig erfolgreich gewesen, habe seine Familie aber weitgehend durchbringen können. Wegen der gewissen Freiheiten in der Tätigkeit als Taxifahrer habe er daran festgehalten und sei bis zum Überfall 2006 ziemlich zufrieden gewesen und habe sich Ferien usw. leisten können (S. 1 f. unten) .

Dr. I. ___ führte aus, der Beschwerdeführer sei durch den Überfall in seinem zu vor eher labilen Gleichgewicht an der verwundbarsten Stelle getroffen worden, wodurch bei ihm die Folgen schwerer wiegen würden, als es bei anderen Menschen mit einer besseren Widerstandskraft und vorhandenen protektiven Faktoren vielleicht erwartet werden könne (S. 2 Mitte). 3. 8

Am 18. November 2013 erstatteten die Gutachter des

Zentrums Z. ___ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Folgegutachten (Urk. 6/97). Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (S. 16 lit E. Ziff. 1): - leicht- bis mittelgradige depressive Störung, ICD-10 F32.0/F32.1 - Restsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mit persistierender Angst, phobischen Störungen und Stimmungs labilität sowie emotionaler Verunsicherung, ICD-10 F43.1 - Status nach osteosynthetisch versorgter subcapitaler

Humerusfraktur rechts, einbezüglich Abriss des Tuberculum

majus (Unfalltag 22. Dezember 2006), osteosynthetische Versorgung 27. Dezember 2006, liegendes Osteosynthesematerial - eingeschränkte Beweglichkeit und herabgesetzte Belastbarkeit der rechten Schulter - chronisch anhaltende Epicondylitis

humeri

radialis rechts

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannten die Gutachter einen Status nach einem Verkehrsunfall vom 22. Januar 2010 mit seitlichem Anpralltrauma, stattgehabter HWS-Distorsion, LWS-Kontusion und Distorsion und Thoraxkontusion ohne Folgen, radiologisch für einen 48-jährigen Mann altersassoziierte mehrsegmentale cervicale

Spondylarthrosen und Spondylosen und sonstige belastende Lebensumstände, welche Familie und Haushalt negativ beeinflussten (S.

16 lit. E. Ziff. 2). Im aktuellen Folgegutachten finde sich orthopädischerseits keine namhafte Veränderung der Funktionseinschränkung und der Arbeitsfähigkeit. Es seien weiterhin leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar (S. 16 lit. F. unten f.).

Die Gutachter führten in der Zusammenfassung des psychiatrischen Gutachtens aus, aufgrund der depressiven Symptomatik mit Antriebs- und Energiemangel, dem schuldwahnhaften Erleben, den begleitenden Halluzinationen sowie der Restsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung (hohe Grundanspannung, Schreckhaftigkeit, Vermeidungsverhalten, vereinzelt dissoziativen Zuständen) und der Auswirkungen der psychosozialen Desintegration sei die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Würde nur die krankheitswertige Störung beurteilt und würden invaliditätsfremde psychosoziale Faktoren ausgeschlossen, könne seit der letzten Z. ___ -Begutachtung im Jahr 2012 nicht von einer dauerhaften wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen werden. Es bestehe höchstens eine vorübergehende Verschlechterung im Frühling/Sommer 2012, die in einer psychiatrischen Hospitalisation gegipfelt habe. In seiner angestammten Tätigkeit als Taxifahrer sowie in einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit seit Austritt aus der Klinik A. ___ (September 2012) etwa 20 bis 30 % (S. 15 oben).

Die Gutachter führten aus, die gesundheitliche Verschlechterung scheine in einem mittelbarem Zusammenhang mit juristischen Auseinandersetzungen (Einwand gegen IV-Bescheid, nicht

akzeptiertem Obergerichtsentscheid mit Androhung eines Weiterziehens ans Bundesgericht) sowie seither verstärkten psychosozialen Problemen (Probleme mit der Tochter und dem Sohn, Verdoppelung der finanziellen Schulden von Fr. 30'000.-- auf Fr. 60'000.--) zu stehen.

Diskrepanz zum Vorgutachten sei die aktuelle Schilderung des Beschwerdeführers, dass er als Kind und Jugendlicher häufig von seinem Onkel geschlagen worden sei, dass er sich seit dieser Zeit Selbstverletzungen beigelegt habe und dass er zu Kinderarbeit gezwungen worden sei. Dies alles sei im Vorgutachten nicht erwähnt worden. Die Gutachter führten aus, es könnte der Eindruck entstehen, dass der Versicherte im Nachhinein seine Kindheit als besonders belastend darstellen wolle (S. 14 Mitte).

Das schuldwahnhafte Erleben und die geschilderten akustischen Halluzinationen seien differenzialdiagnostisch als Symptome einer Verdeutlichungsstörung aufzufassen.

Es scheine auch das Störungsbild einer psychosozialen Desintegration vorzuliegen. Dabei handle es sich um eine Störung mit den Symptomen Verbitterung, dysthyme Stimmungslage, eingeschränkte Frustrationstoleranz, fehlender Antrieb,

Selbstentwertung, zunehmende Hilflosigkeit, zunehmende Anspruchshaltung aber auch Schuldzuweisung gegenüber anderen. Sie sei Folge von subjektiv erlebten Misserfolgen und anhaltendem Dauerstress (finanzielle Probleme, juristische Auseinandersetzungen). Es handle sich um unspezifische Störungsfaktoren, die aber mittelbar einen Einfluss auf die krankheitsbedingte Störung nehmen könnten (S.

E. 2

9. August 2014 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine halbe, eventuell eine Dreiviertelrente für die Zeit von Dezember 2006 bis März 2009, eine ganze Rente von April bis November 2010 sowie eine unbefristete Dreiviertel-, eventuell ganze Rente ab Juni 2012 zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur Ergänzung des Verfahrens an die Entscheidbehörde zurück zuweisen (Urk. 1 S. 2).

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass aus somatischer Sicht gemäss dem aktuellsten Gutachten des

Zentrums Z.____ erstellt sei, dass aus somatischer Sicht keine dauerhafte Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit bestanden habe.

Aus psychiatrischer Sicht handle es sich bei der

im Y.____ - Gutachten diagnostizierten, seit Februar 2007 bestehenden, leichten bis mittelgradigen depressiven

Episode um ein vorübergehendes Leiden, welches grundsätzlich nicht geeignet sei, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, und

die posttraumatische Belastungsstörung sei bei weitgehend unauffälligen Befunden überdies nicht nachvollziehbar.

Der Beschwerdeführer habe seine Erwerbstätigkeit als Taxifahrer wieder aufgenommen und es sei davon auszugehen, dass er die notwendigen Ressourcen besitze, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Mit dem aktuellsten Gutachten des Zentrums Z.____ vom November 2013 sei zudem keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Aus psychiatrischer Sicht habe so mit ebenfalls kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitschaden bestanden (S. 2 f.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, er sei am 22. Dezember 2006 während seiner Arbeit als Taxichauffeur Opfer eines tätlichen Angriffs geworden, im Zuge dessen es zu erheblichen Verletzungen gekommen sei (S.

3 Ziff. 3 lit.

a). Zudem habe er am 22. Januar

2010 einen Verkehrsunfall mit seitlichem Aufpralltrauma und ein Schleudertrauma erlitten (S.

4 lit. c). Er leide an einer invalidisierenden psychischen Erkrankung und an der äusserst demütigenden juristischen Aufarbeitung des Überfalls vom 22. Dezember 2006 (S.

5 f.). Aggravierend komme ein Ereignis während des Aufenthaltes in der Klinik A.____ hinzu, wo sich sein Zimmerkollege erhängt habe, weshalb er sich bis heute mit Vorwürfen quäle (S. 6 unten f.). Es sei auch zu einer schweren depressiven Episode im Sommer 2012 mit der Folge einer Hospitalisierung in einer psychiatrischen Klinik gekommen, und er sei am 7. Mai 2014 im Zuge einer Auseinandersetzung seines Sohnes mit mehreren Personen, welche sich Zugang zur Wohnung der Familie verschafft hätten, Opfer eines tätlichen Übergriffes geworden (S. 7 oben). Hinsichtlich des Z.____ - Gutachtens vom 18. November 2013 seien Vorbehalte betreffend Neutralität und Objektivität zu äussern, und es lägen Inkonsistenzen vor. Auf die Gutachten des Zentrums Z.____, insbesondere das Folgegutachten, könne nicht abgestellt werden (S. 8 ff. Ziff. 5, S.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3.3.1

Psychologe B.____ und Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,

stellten in ihrem Bericht vom 12. Januar 2009 (Urk. 6/33/6-7) folgende Diagnosen (S. 2): - leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0 - posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1

Als Nebendiagnose nannten sie eine Anpassungsstörung, ICD-

E. 5

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 5.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens von selbständig erwerbstätig gewordenen Personen, das der Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG zugrunde zu legen ist, sollten in erster Linie die aus dem Auszug aus dem Individualen Konto (IK) ersichtlichen Löhne herangezogen werden. Weist das bis Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen auf, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2011 vom 29. März 2012 E. 3, E. 4.1 f.).

Bei selbständig Erwerbenden wird namentlich dann nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abgestellt, wenn aufgrund der Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, dass der Versicherte im Gesundheitsfall seine nicht einträgliche selbständige Tätigkeit aufgegeben und eine besser entlohnte andere Tätigkeit angenommen hätte, oder dann, wenn die vor der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeübte selbständige Tätigkeit wegen ihrer kurzen Dauer keine genügende Grundlage für die Bestimmung des Valideneinkommens darstellt, zumal in den ersten Jahren nach Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit üblicherweise aus verschiedenen Gründen (hohe Abschreibungsquote auf Neuinvestitionen usw.) die Betriebsgewinne gering sind. Wenn sich hingegen der Versicherte, auch als seine Arbeitsfähigkeit noch nicht beeinträchtigt war, über mehrere Jahre hinweg mit einem bescheidenen Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit begnügt hat, ist dieses für die Festlegung des Valideneinkommens massgebend, selbst wenn besser entlohnte Erwerbsmöglichkeiten bestanden hätten. Das Bundesgericht hat denn auch eine Parallelierung der Einkommen bei selbständig Erwerbenden in der Regel abgelehnt (Urteil des Bundesgerichts 8C_626/2011 vom 29. März 2012 E. 4.4 mit Hinweisen auf BGE 135 V 58 E. 3.4.6-7).

E. 5.2

Rechtsprechungsgemäss ist durch die Invalidenversicherung nicht der Gesundheitsschaden an sich versichert, sondern dasjenige Einkommen, welches vor Eintritt des Gesundheitsschadens generiert wurde und nun aufgrund des Gesundheitsschadens nicht mehr erzielt werden kann (vorstehend E. 1.7).

Im Rahmen der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung gab der Beschwerdeführer an, mit seiner seit 1991 ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Taxiunternehmer zwischen Fr. 2'000.-- und Fr. 3'000.-- zu verdienen (Urk. 6/1 Ziff. 6.3). Im Rahmen der Begutachtung am Y.____ führte der Beschwerdeführer aus, er sei seit 1991 selbständiger Taxiunternehmer und arbeite 40 % (vgl. Urk. 39 S. 3 Ziff. 3.1). Dass der Beschwerdeführer sich über Jahrzehnte hinweg mit diesem bescheidenen Einkommen zufrieden gab, spricht vorliegend klar gegen eine Anwendung von Tabellenlöhnen.

Dem IK-Auszug

(Urk. 6/7) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in den letzten fünf Jahren vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens ein Einkommen von durchschnittlich Fr. 30'040.-- erzielte (2001: Fr. 24'300.--; 2002: Fr. 33'900.--; 2003: Fr. 35'900.--; 2004: Fr. 37'900.--; 2005: Fr. 18'200.--), was in etwa dem in einem 40 %-Pensum als Taxifahrer zu erzielenden Lohn entspricht. Dies geht auch daraus hervor, dass der Beschwerdeführer gemäss seiner eigens erstellten Gewinn- und Verlustrechnung betreffend das Jahr 2008 bei angegebenem 40%-Pensum

einen Gewinn von Fr. 33'504.-- erzielte (vgl. Urk. 6/49/1 und IK-Auszug, Urk. 6/105).

Da der Beschwerdeführer sein wirtschaftliches Potenzial damit vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Dezember 2006 gemäss der Aktenlage seit Beginn seiner Selbständigkeit im Jahre

1991 nicht mehr ausgenützt hat, ist davon auszugehen, dass er auch heute ohne Gesundheitsschaden nicht in höherem

Umfang erwerbstätig wäre. Damit ist seine nicht verwertete Erwerbsfähigkeit nicht versichert, weshalb er keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. Selbst wenn man - wie beschwerdeweise vorgebracht - davon ausgeht, dass lediglich noch eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % bestünde, würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 6.2

Die Kosten für das Gerichtsgutachten von der MEDAS vom 12. November 2015 (Urk. 21) in Höhe von Fr. 12'433.05 (Urk. 23) sowie der Stellungnahme der Klinik A.____ vom 30. Januar 2015 (Urk. 12) in der Höhe von Fr. 234.75 (Urk. 13) sind der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen, was doch der medizinische Sachverhalt bei Verfügungserlass nur ungenügend erstellt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Kosten für das Gerichtsgutachten vom 12. November 2015 in Höhe von Fr. 12'433.05 sowie für die Stellungnahme der Klinik A.____ vom 30. Januar 2015

in der Höhe von Fr. 234.75 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Paul Baumgartner - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannSchucan

E. 8

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden kön nen (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vor akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 10

F43. 2.

Psy chologe B.____ und Dr. C.____ führten aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 1. 8. Januar 2008 in der Psychotherapie. Zur Zeit komme er alle drei Wochen in die Therapiesitzung (S.

1) . Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 60 % sei bis auf weiteres angemessen , und es werde trotz der therapeutischen Massnahmen auch innerhalb der nächsten sechs bis zwölf Monaten keine Arbeitsfähigkeit erreicht (S. 2 unten). Aufgrund des Vorfalls vom 2. 2. Dezember 2006 habe der Patient weiterhin Schmerzen am rechten Oberarm. Zwar sei eine leichte Verbesserung im Laufe der Therapiezeit zu beobachten, aber der Heilungsprozess sei nicht abgeschlossen. Das traumatische Ereignis wirke weiterhin und äussere sich beim Patient mit Schlafstörungen, Albträumen, emotionaler Verbitterung und vermindertem Selbstwertgefühl (S. 1 unten).

Die aktuellen S chmerzen, die von der rechten Schulter bis durch den Nacken in den Kopf gingen, hinderten de n Patienten, sein e Arbeitsfähigkeit zu steigern (S.

2 oben).

Zur Anamnese führten der Psychologe B.____ und Dr. C.____ aus, der Be schwerdeführer sei als ältestes von drei Kindern in der Türkei geboren und habe bis zu seinem 1. 3. Lebensjahr

bei seinen Grosseltern gelebt, weil die Eltern in die Schweiz als Arbeitsemigranten ausgewandert seien. Der Beschwerdeführer beschreibe seine Kind- und Jugendzeit als gut und unproblematisch. Als Enkelkind sei er stets bei den Grosseltern gut aufgehoben und geliebt worden. Seine Beziehung zum Vater habe er immer als distanziert erlebt, und aktuell sei die Beziehung unverändert (S. 1 Mitte). 3. 2

Am 1. September 2009 erstatteten Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr.

med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Y.____,

ihr orthopädisch-psychiatrisches Gutachten (Urk. 6/39). Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 7.1): - Status nach Osteosynthese einer subkapitalen Humerusfraktur mit Abriss des Tuberculum

major rechts Dezember 2006 - leichte rechtskonvexe Torsionsskoliose der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Diskusdegeneration L1/2 ohne neurale Kompression - Prädispositas - leichte bis mittelgradige depressive Episode bestehend etwa seit Februar 2007, ICD-10 F32.0, F32.1 - posttraumatische Belastungsstörung, ICD-10 F43.1

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Nikotinabusus (S. 20 Ziff. 7.2).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 80 % seit dem Zeitpunkt der Begutachtung (S. 7 Ziff. 5.5).

Zusammenfassend führten Dr. D.____ und Dr. E.____ aus, anlässlich der gemeinsamen orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung am 26. August 2009 sei die Arbeitsfähigkeit gesamthaft in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2009 auf 60 %

und von Februar 2007 bis Dezember 2008 auf 40 %

bei voller Stundenpräsenz festgelegt worden. Aufgrund der leicht bis mittelgradigen depressiven Episode und der posttraumatischen Belastungsstörung seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität und das Durchhaltevermögen beeinträchtigt (S. 20 Ziff. 8.1).

In einer leidensangepassten, körperlich leichten Tätigkeit in temperierten Räumen, die abwechslungsreich sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten und die nicht mit häufigen Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien und bei denen keine erhöhte emotionale Belastbarkeit, kein erhöhter Zeitdruck und keine erforderliche überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit und Dauerbelastung sowie auch keine Nacharbeit vorhanden seien, könnte gesamthaft bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 70 % zugemutet werden (S. 21 Ziff. 8.2).

Die Arbeitsfähigkeit sei vor allem durch die leichte bis mittelgradige depressive Episode mit posttraumatischer Belastungsstörung eingeschränkt und damit durch ein psychisches Leiden mit Krankheitswert. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht zu erheben (S. 22 Ziff. 8.7).

Am 26. November 2009 führte Dr. E.____ ergänzend aus (Urk. 6/48), aus rein psychiatrischer Sicht sei eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum bei angepasster (adaptierter Tätigkeit) seit Januar 2009 anzunehmen. Für den Zeitraum Februar 2007 bis Dezember 2008 könne bei angepasster Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum angenommen werden (S. 2). 3.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 6. Juni 2011 folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach körperlichem Angriff am 22. Dezember 2006 - Humerusfraktur rechts - posttraumatische Belastungsstörung - cervikales Schmerzsyndrom - Autounfall vom 22. Januar 2010 - cervikales Schmerzsyndrom

Dr. F.____ führte aus, der Beschwerdeführer stehe seit dem 10. Dezember 2007 aufgrund des körperlichen Angriffes vom 22. Dezember 2006 in seiner Behandlung. Der Patient habe am 22. Januar 2010 einen Autounfall mit einem Schultertrauma erlitten, weswegen er bis und mit 31. Oktober 2010 zu 100% arbeitsunfähig gewesen sei. Seit dem 1. November 2010 sei er wieder zu 40% arbeitsfähig. Die Prognose sei ungünstig. Immerhin habe er sich soweit erholt, dass er zu 40% arbeiten könne (S. 1). 3.4

Dr. med. G.____, Oberarzt Chirurgie, Stadtspital Waid, stellte in seinem Bericht vom 23. September 2011 (Urk. 6/67) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - Status nach Comotio cerebri mit kleiner oberflächlichen Schürfwunde parietal links am 22. Dezember 2006 - Status nach Oberschenkelkontusion links - Status nach Osteosynthese einer subkapitalen Humerusfraktur rechts mit Abriss des Tuberculum majus am 27. Dezember 2006 - Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (HWS), LWS-Kontusion und Thoraxkontusion am 22. Januar 2010

Dr. G.____ nannte als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Zeckenbiss am 23. Juni 2008 (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei vom 22. bis 30. Dezember 2006, vom 24. Januar bis 20. Oktober 2007, am 23. Juni 2008 und am 22. Januar 2010 bei ihm in Behandlung gewesen (Ziff. 1.11). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als selbständiger Taxichauffeur habe vom 22. Dezember 2006 bis 20. Juni 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und ab dem 21. Juni 2007 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit sei durch Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ausgestellt worden. Zudem habe vom 22. Januar bis 25. Januar 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden (Ziff.

E. 14

unten). 3.9

Dr. I.____ führte am 23. September 2014 (Urk. 3) aus, bei der Behandlung des Beschwerdeführers sei es in den letzten Jahren immer wieder zu massiven Verschlechterungen seiner depressiven Erkrankung gekommen, sodass auch mehrmals eine erneute

Hospitalisation in Erwägung habe gezogen werden müssen. Erfreulicherweise habe dies aber durch eine erhöhte Frequenz der Therapien vermieden werden können. Bei der zugrunde liegenden Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers sei keine hinreichende Resilienz zu sehen, die für die Überwindung der psychischen Erkrankung erforderlich wäre. Man müsse gerade zu darüber nachdenken, ob für die Überwindung der psychischen Erkrankung nicht erst einmal eine Entlastung in seiner sozialen Situation notwendig sei, wie sie durch eine volle Berentung in einem Teilbereich erreicht werden könnte. Erst dann

könnte erhofft werden, dass es zu einer Verbesserung der psychischen und körperlichen Symptomatik kommen könne, und somit eine Überwindung seiner Erkrankung denkbar scheine, die andernfalls äusserst unwahrscheinlich, ja eigentlich unmöglich sei (S. 1 unten).

Anfang Mai 2014 sei es darüber hinaus noch zu einem Ereignis gekommen, bei dem mehrere Jugendliche in die Wohnung des Beschwerdeführers eingedrungen seien und ihn und seine Ehefrau zusammengeschlagen hätten, wobei nicht nur die bereits traumatisierten Körperbereiche verletzt worden seien, sondern auch eine Verstärkung der Depression bewirkt worden sei, sodass es dem Beschwerdeführer seither wieder deutlich schlechter gehe (S. 2). 3. 10

Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und für Psychotherapie, und Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie, MEDAS, erstatteten am 12. November 2015 ihr interdisziplinäres gerichtliches Gutachten (Urk. 21/1-48). Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen (S. 41 Ziff. 4): - Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit der rechten Schulter nach: - subcapitaler

Humerusfraktur rechts am 22. Dezember 2006 - offener Reposition und Osteosynthese mit Philos-Platte am 27. Dezember 2006 - schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit vorwiegend selbstunsicheren, ängstlich-vermeidenden und dependenten Zügen (ICD-10 Z73)

Als Nebenbefunde nannten sie eine leichte Arthrose des Daumen-Sattelgelenkes rechts und degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (S. 41 Ziff. 4.1).

Aus orthopädischer Sicht seien Tätigkeiten über Schulterhöhe, kraftvolles Zupacken und Halten von Gegenständen und Werkzeugen mit der rechten Hand und einhändiges Heben und Tragen von Lasten über 5 kg mit der rechten Hand nicht zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Taxifahrer werde durch diese Unzumutbarkeit eingeschränkt. Ansonsten sei das Taxifahren an sich eine dem konkreten Leiden des Beschwerdeführers gut angepasste Tätigkeit. Zwar wäre aus orthopädischer Sicht ein zeitliches 100%-Pensum als Taxifahrer unter Beachtung des genannten Zumutbarkeitsprofils machbar. Den Ausführungen im Gutachten vom 14. Februar 2012 sei jedoch zuzustimmen, dass langes dauerndes, ununterbrochenes Halten des Lenkrades mit der rechten Hand zu Beschwerden führen könne, was mehr Pausen notwendig mache. Insgesamt sei die zeitliche Leistungsfähigkeit aus orthopädisch-traumatologischer Sicht um 20% eingeschränkt (S. 43 Ziff. 10).

Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für seine für die Tätigkeit als Taxifahrer relevanten Fähigkeiten mittelschwer bis schwer eingeschränkt. Eingeschränkt seien seine Flexibilität und Umstellfähigkeit, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktpflege und die Gruppenfähigkeit. Weitere Fähigkeiten,

die nicht im engeren beruflichen Kontext gefragt seien, seien leicht reduziert und überdies zusätzlich mittelschwer bis schwer eingeschränkt. Prinzipiell sei die Tätigkeit als Taxifahrer auch aus psychiatrischer Sicht eine für den Beschwerdeführer geeignete Tätigkeit. Er werde jedoch nicht mehr in der Lage sein, nachts zu fahren. Ganze Arbeitstage werde er nicht durchstehen. Zudem benötige er ausreichend Pausen und müsse zu dichten

Verkehr und Hektik meiden. Nach einer Ange wöhnungsphase könnte er bei etwa halbtägigem Einsatz eine durch die ver mehrten Pausen reduzierte Leistung erreichen. Eine konkrete re Einschätzung als die, dass der Beschwerdeführer das zuletzt ausgeübte Pensum in etwa erreichen können sollte, sei nicht möglich (S. 47 Ziff. 10).

Zum Verlauf der psychischen und orthopädischen Beeinträchtigungen seit Dezember 2006 führten Dr. J.____ und Dr. K.____ aus, soweit in den Akten dokumentiert , habe das Ereignis vom 22. Dezember 2006 von orthopädischer Seite zur bleibenden Funktionseinschränkung an der rechten Schulter geführt. Das Ereignis vom 22. Januar 2010 habe lediglich zu vorübergehenden Beschwerden geführt. Das Ereignis vom 7. Mai 2015 habe der Beschwerdeführer bei der orthopädischen Untersuchung nicht erwähnt. Aus den Akten seien keine somatischen Läsionen infolge dieses Ereignisses dokumentiert (S. 47 Ziff. 11).

Von psychiatrischer Seite her sei zum Verlauf seit dem 22. Dezember 2006 auszuführen, dass bis ins Frühjahr 2008 keine psychiatrisch-psychologische Diagnostik oder Behandlung stattgefunden habe. Der erste psychologische Behandlungsbericht von B.____ datiere vom 4. Juli 2008. Dieser habe die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt. Zudem habe er eine Anpassungsstörung aufgeführt

(S.

33

f.

Ziff. 3.1) . Von orthopädischer Seite habe es anlässlich der Begutachtung durch Dr. D.____ im Sommer 2009 keine neuen Erkenntnisse gegeben. Das psychiatrische Gutachten von Dr. E.____ enthalte den ersten detaillierten psychopathologischen Befund und bestätige die wiederholt aufgeführte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung neben einer depressiven Episode, die als leicht bis mittelgradig eingeordnet werde. Die beschriebene Symptomatik und die Diagnosen von psychiatrischer Seite kontrastierten deutlich mit der Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch die beiden Gutachter . Eine entsprechende Begründung finde man im Gutachten nicht (S. 34 unten) .

Von orthopädischer Seite her beschrieben die beiden Gutachten des Zentrums Z.____ vom 14. Februar 2012 und vom 18. November 2013 den Zustand der rechten Schulter ausführlich und nachvollziehbar und die Befunde hätten sich weitgehend mit denen der Untersuchung vom 13. Oktober 2014 gedeckt (S. 47 Ziff. 12).

Anlässlich der Begutachtung durch das Zentrum Z.____ Anfang 2012 fänden sich erstmals Hinweise darauf, dass die Kindheit und Adoleszenz des Beschwerdeführers doch nicht so ungetrübt gewesen seien (S. 35 oben). Diagnostisch werde nun von der Restsymptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung mit persistierenden Ängsten, phobischen Symptomen und Stimmungslabilität sowie emotionaler Verunsicherung gesprochen und zudem Z-Diagnosen (belastende Lebensumstände) aufgeführt. Bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit würden die Z.____ - Gutachter Bezug auf das Vorgutachten nehmen und gingen in der interdisziplinären Beurteilung sogar von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % aus. Diese Einschätzung werde nicht hergeleitet oder begründet (S. 35 Mitte) .

Auch im Folgegutachten des Z.____ vom November 2013 sei nicht nachvollziehbar, weshalb auf Basis der beschriebenen Symptome die depressive Störung als leicht bis

mittelschwer eingeordnet werde (S. 37 oben). Es sei weder geprüft worden, ob noch eine posttraumatische Störung vorliege, noch sei die Schwere der depressiven Störung geprüft worden. Auch werde die genannte Arbeitsfähigkeit nicht hergeleitet oder begründet. Sie werde in der Grössenordnung von 70 bis 80 % angenommen (S. 37 oben).

Über den Suizid des Mitpatienten im A___ habe der Beschwerdeführer auch anlässlich der aktuellen Untersuchung berichtet. Dieser scheine seine Lebenserfahrung vertieft zu haben. Die Art der Schilderung und die Selbstvorwürfe sprächen für eine depressive Verarbeitung der Erfahrung. Auch dieses Ereignis dürfte die Symptomatik tendenziell unterhalten und die Resignation unterstreichen, sei für sich genommen aber aus psychiatrischer Sicht kaum quantifizierbar (S. 47 Ziff. 11).

Die von Dr. I. ___ beschriebenen ängstlich-vermeidenden und dependenten Züge nebst dem Hinweis auf ausgeprägte Selbstunsicherheit seien zu bestätigen. Die Tatsache, dass es der Beschwerdeführer trotz seiner Einschränkungen geschafft habe, sich in der Schweiz zurechtzufinden, eine Familie zu gründen und einen, wenn auch bescheidenen, Lebensunterhalt zu erwirtschaften, spreche gegen das Vorliegen einer manifesten Persönlichkeitsstörung (S. 40 f. unten). 3. 11

Am 22. Dezember 2015 (Urk. 25) führten Dr. J. ___ und Dr. K. ___ auf entsprechende Anfrage des Gerichts um Präzisierung der Frage nach einer angepassten Tätigkeit (vgl. Urk. 24) aus, die Anforderungen, die eine Tätigkeit erfüllen müsse, damit sie für den Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung aus gutachterlicher Sicht zumutbar sei, seien jenseits der angestammten Tätigkeit nur sehr breit formulierbar. Aus orthopädischer Sicht seien die Einschränkungen im Gutachten formuliert worden. Gesamthaft resultiere allein aus orthopädischer Sicht eine Einschränkung von 20 % für ein Vollzeitpensum (Urk. 25 S. 1).

Von psychiatrischer Seite seien die Aussagen nicht ganz so exakt zu beziffern. Die Einschränkungen würden sich aus der Fähigkeitsstörung ergeben. Auch von psychiatrischer Seite her gelte, dass die Tätigkeit als Taxifahrer prinzipiell für den Beschwerdeführer eine geeignete Tätigkeit sei. Dies habe damit zu tun, dass der Beschwerdeführer selbständig sei und sich seine Zeit selbst einteilen könne.

Neben der Berücksichtigung der Fähigkeitsstörungen sei zu bedenken, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage sei, nachts zu fahren, dass er ausreichende Pausen benötige und zu dichten Verkehr und Hektik meiden müsse. Leider seien keine ganz konkreten Angaben möglich. Es sei etwa ein Pensum von 40 % möglich. Es dürfte schwierig sein, eine ähnlich leidensangepasste Tätigkeit wie die des Taxifahrers zu finden und diese sei trotz der Einschränkungen als eine dem Leiden bestmöglich angepasste Tätigkeit zu sehen (S. 2). 4. 4.1

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente, wobei zur Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruches ab 1. Dezember 2007 verschiedene Gutachten veranlasst wurden, namentlich das Y. ___ -Gutachten vom September 2009 (vorstehend E.

3. 2), das in Folge des am 22. Januar 2010 erlittenen Verkehrsunfalles zusätzlich veranlasste Gutachten beim Zentrum Z. ___ vom Februar 2012 (vorstehend E. 3.5) sowie das aufgrund einer zwischenzeitlich geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes veranlasste Folgegutachten vom 18. November 2013 (vorstehend E.

3.8) und das im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens ein eingeholte Gutachten bei der MEDAS vom November 2015 (vorstehend E. 3. 10-11). 4.2

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung gestützt auf das Z.____ - Gutachten vom Februar 2012 sowie gestützt auf das Folgegutachten vom November 2013 davon aus, dass aus orthopädischer Sicht der Beschwerdeführer bereits drei Monate nach der Operation der rechten Schulter die angestammte Tätigkeit wieder im Umfang von 80 % habe ausüben können , und es sich bei den anlässlich der Begutachtung am Y.____ im September 2009 gestellten psychiatrischen Diagnosen einerseits um vorübergehende , andererseits um nicht nachvollziehbare und damit insgesamt unbeachtliche Diagnosen gehandelt habe . Eine seither eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneinte die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Folgegutachten des Z.____ v om November 2013 (vorstehend E. 2.1). 4.3

Insbesondere in psychiatrischer Hinsicht überzeugen jedoch die Einschätzungen der psychiatrischen Gutachter des Z.____ nicht. So wird im psychiatrischen Folgegutachten vom November 2013 wiederholt von deutlichen depressiven Befunden berichtet, die dann lediglich in der Diagnose einer leichten bis mittel schweren depressiven Störung (ICD-10 F32.0/F32.1) münden. Fraglich erscheint auch die Rolle der vielfach erwähnten und zweifellos vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren. So bestehen diese nicht nur in Schwierigkeiten mit den Kindern oder hinsichtlich der finanziellen Lage, sondern sind auch im Suizid des Zimmergenossen während der Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik begründet, für welchen sich der Beschwerdeführer die Schuld gibt , sowie in den belastenden juristischen Auseinandersetzungen im Zusammenhang mit dem Überfall aus dem Jahre 2006.

Wie ausgeführt (vgl. vorstehend E. 1.3) , können psychosoziale und soziokulturelle Faktoren dann invalidisierende Auswirkung haben, wenn sie einen selbstständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, wie dies Dr. I.____ aufzeigte (vgl. vorstehend E.

3.9). Eine diesbezügliche Auseinandersetzung mit den psychosozialen Belastungsfaktoren fand in keinem der Z.____ -Gutachten statt.

Auch der von Dr. I.____ vorgebrachte Hinweis auf einen zusätzlich im Mai 2014 - und damit vor Verfügungserlass -

erfolgten Übergriff auf den Beschwerdeführer in seiner Wohnung durch Jugendliche wurde im Z.____ -Folgegutachten nicht thematisiert. Damit kann auf das Verlaufsgutachten des Z.____ und seine Schlussfolgerungen nicht abgestellt werden. 4.4

Zu prüfen bleibt, ob das gerichtlich eingeholte psychiatrisch-orthopädische

MEDAS-Gutachten vom November 2015 (vorstehend E. 3. 10), ergänzt durch die Ausführungen vom Dezember 2015 (vorstehend E. 3. 11) , Grundlage für einen Entscheid bildet.

Dieses erfüllt indes die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E.

1. 8), indem es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers

auseinandersetzt. Schliesslich wurde das Gutachten in Kenntnis der Vorakten und unter Einholung von fremdanamnistischen Angaben abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet. Für die Entscheidungsfindung kann daher darauf abgestellt werden.

Grundsätzlich erachteten die Gutachter der MEDAS-Zentralschweiz die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als selbständiger Taxifahrer als optimal angepasste Tätigkeit. Während aus orthopädischer Sicht in weitgehender Übereinstimmung mit den Vorgutachten (vgl. vorstehend E. 3.2 und E. 3.5 und E. 3.8) von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer von 20 % ausgegangen wurde, resultierte aus psychiatrischer Sicht, und damit gesamthaft, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 %.

In nachvollziehbarer Weise führten die Gutachter der MEDAS unter anderem aus, weshalb auf die Einschätzungen

der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter des Y.____ vom September 2009 und diejenige der Z.____-Gutachter vom Februar 2012 und vom

November 2013 aus psychiatrischer Sicht nicht abzustellen sei.

Die von Dr. I.____ diagnostizierte, in der schwierigen Kindheit des Beschwerdeführers gründende Persönlichkeitsstörung, welche schon vor dem Überfall bestanden und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigt haben soll, konnten die Gutachter der MEDAS nicht bestätigen. Sie bestätigten zwar die von Dr. I.____ beschriebenen ängstlich-vermeidenden und dependenten Züge so wie die ausgeprägte Selbstunsicherheit, stellten jedoch diesbezüglich lediglich die Diagnose akzentuierter Persönlichkeitszüge mit vorwiegend selbstunsicheren, ängstlich-vermeidenden und dependenten Zügen (ICD-10 Z73), damit eine Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Begründet wurde dies in nachvollziehbarer Weise damit, dass es der Beschwerdeführer trotz seiner Einschränkungen geschafft habe, sich in der Schweiz zurechtzufinden, eine Familie zu gründen und wenn auch einen bescheidenen Lebensunterhalt zu verdienen, was gegen das Vorliegen einer manifesten Persönlichkeitsstörung spreche. Zu dem wurde die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung weder in den bisherigen psychiatrischen Begutachtungen noch von den Ärzten der A.____

gestellt (vgl. vorstehend E. 3.6).

Weiter vermag die vom Beschwerdeführer im Januar 2016 am MEDAS-Gutachten geübte Kritik (vgl. Urk. 28) an dessen Schlüssigkeit nichts zu ändern, zumal ein sich tatsächlich anders dargestellt habender Ablauf des Strafverfahrens die festgestellten medizinischen Schlussfolgerungen der Experten nicht in Zweifel zu ziehen vermöchten. Auch kann der Beschwerdeführer aus den Berichten von Dr. I.____ vom Oktober 2013 (vorstehend E. 3.7) und dem Bericht der Klinik A.____ (vorstehend E. 3.6) keine höhere Arbeitsunfähigkeit für sich ableiten.

So handelt es sich bezüglich der Beurteilung durch

Dr. I.____ um eine andere Einschätzung des gleichen Sachverhaltes und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte der Klinik A.____ ist nicht nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer bei Eintritt angegeben hatte, er sei lediglich im Umfang von 40 % arbeitsfähig und die 30%ige Arbeitsfähigkeit trotz erreichter Teilremission der depressiven Symptomatik bei Austritt ausgestellt wurde. 4. 5

Hinsichtlich des Unfalles vom 22. Januar 2010 kam es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung. Dies bestätigt auch der im Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 6/105) verbuchte Einkommensbetrag für das Jahr 2010, der im Vergleich zum Vorjahr sogar noch eine Steigerung verzeichnet und nicht aus dem Rahmen fällt. Unter diesem Gesichtspunkt ist die von Dr. F.____

im Juni

2011 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 22. Januar bis 31. Oktober 2010 zu relativieren (vgl. vorstehend E.

3.3), da der Beschwerdeführer offensichtlich in seinem gewohnten Pensum weiter gearbeitet hat. 4. 6

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf die Einschätzung der Gutachter der ME DAS vom November und Dezember 2015 (vorstehend E.

3.10-11)

davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in dem hier zu prüfen den rentenrelevanten Zeitraum seit Dezember 2007 in seiner angestammten Tätigkeit als Taxifahrer, welche auch als optimal angepasste Tätigkeit zu sehen ist, zu 40 % arbeitsfähig ist, und es sich beim Unfallereignis vom 22. Januar 2010 sowie der Hospitalisation in der Klinik A.____ im Jahr 2012 lediglich um vorübergehende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes gehandelt hat. 5.

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