

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01155 vom 31. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01155

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01155 du 31 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01155 del 31 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967 und ohne Berufsausbildung, wurde am 11. Oktober 2009 Opfer eines tätlichen Angriffs durch mehrere Personen (Urk. 8/8/9; Urk. 8/48/3). Am 17. Juli 2012 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte daraufhin mehrere Arztberichte ein (Urk. 8/8 f.; Urk. 8/17; Urk. 8/20). Sie gab ausserdem bei Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag (Gutachten vom 6. Juli 2013; Urk. 8/23). Mit Vorbescheid vom 30. Juli 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, mit der Begründung, die notwendige Mindestbeitragsdauer sei nicht erfüllt (Urk. 8/26).

Nachdem die Sozialabteilung der Stadt A.____ hiergegen am 9. August 2013 Einwand erhoben hatte (Urk. 8/29), zog die IV-Stelle Auszüge aus dem individuellen Konto des Versicherten und dessen Ehefrau (Urk. 8/40+43) sowie einen weiteren Arztbericht bei (Urk. 8/59). Ausserdem liess sie den Versicherten bei der B.____ (B.____-Gutachten vom 26. März 2015; Urk. 8/76) und holte Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (Urk. 8/82 f.). Mit neuem Vorbescheid vom 17. August 2015 teilte die IV-Stelle mit, dass sie gedenke, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 8/84). Der Versicherte erhob hiergegen mit Schreiben vom 9. September 2015 Einwand (Urk. 8/86), worauf die IV-Stelle indes am 6. Oktober 2015 wie ange kündigt verfügte (Urk. 8/89 = Urk. 2).

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

E. 1.2

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

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. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.4

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

E. 1.5

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge 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. 2

Hiergegen erhob X.____ am 6. November 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprennung einer Invalidenrente. Er ersuchte gleichzeitig um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung, welche ihm mit gerichtlicher Verfügung vom 26. Februar 2016 (Urk. 18) gewährt wurde. Mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2015 (Urk. 6) ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde. In der Folge reichte der Versicherte zusätzliche Eingaben ein (Urk. 11-15),

wobei die IV-Stelle diesbezüglich auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2015 (Urk. 2) im Wesentlichen die Ansicht, dass infolge diverser materieller Mängel nicht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/23) abgestellt werden könne. Der psychiatrische Gutachter der B.____ AG habe eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F45) mit anhaltender affektiver Störung und Symptomen der Verbitterung (ICD-10 F38.8) diagnostiziert. Er habe dem Versicherten eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten attestiert. Bei der Durchsicht des psychiatrischen Gutachtens würden jedoch diverse Inkonsistenzen und Diskrepanzen auffallen. So habe der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern unterschiedliche Angaben zu seiner Erwerbsbiographie gemacht. Unberücksichtigt geblieben sei ausserdem, dass er im Jahr 2010 zwei Mal vom Amt für Wirtschaft und Arbeit kontrolliert worden sei und dabei jeweils zu Protokoll gegeben habe, Geschäftsführer beziehungsweise Inhaber eines Unternehmens zu sein. Hingegen habe der Versicherte den Gutachtern mitgeteilt, seit dem Überfall am 11. Oktober 2009 nicht mehr erwerbstätig gewesen zu sein. Er habe zudem weder als Unselbständig- noch als Selbständigerwerbender jemals AHV-Beiträge abgerechnet. Auf die Aussagen der Gutachter, wonach die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch im Hinblick auf den geäusserten Verdacht auf Schwarzarbeit bestehe, könne nicht abgestellt werden (zum Ganzen Urk. 2 S. 2).

Im Weiteren sei das Beschwerdebild des Versicherten von Selbstlimitierung, fehlender Motivation und einem erheblichen sekundären Krankheitsgewinn geprägt (Urk. 8/76/21+23+26). Er habe auch mit nicht plausiblen Gründen die Blutentnahme zur Medikamentenspiegelkontrolle verweigert, obwohl er angegeben habe, diverse Medikamente einzunehmen (Urk. 8/76/17). Zudem habe der Beschwerdeführer angegeben, sich zwei Mal im Monat zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ins Medizinische Zentrum C.____ zu begeben. Vor diesem Hintergrund sei ein erheblicher Leidensdruck fraglich. Eine Verbitterungsstörung schliesse auch grundsätzlich die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_822/2013 vom 4. Juni 2014 E. 4.6; zum Ganzen Urk. 2 S. 3).

Ferner seien die Angaben des Versicherten zu den jeweiligen Ängsten und Beschwerden vage und diffus ausgefallen. Der psychiatrische Teilgutachter habe sich auf diese subjektiven Angaben gestützt, obwohl grundsätzlich ein weitgehend unauffälliger objektiver Befund attestiert worden sei. Abschliessend wies die IV-Stelle darauf hin, dass

gemäss den Gutachtern eine Intensivierung der Fachbehandlung eine positive Veränderung bewirken könne. Es fehle demnach an einer konsequenten Therapie, deren Scheitern das psychische Leiden als resistent ausweisen würde (Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2). Angesichts aller genannten Umstände sei kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen (zum Ganzen Urk. 2 S. 4).

E. 2.2

Der Versicherte nahm in seiner Beschwerdeschrift vom 6. November 2015 (Urk. 1) in erster Linie Bezug auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/23). Dieser habe korrekterweise und nachvollziehbar festgestellt, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leide und für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die IV-Stelle habe ohne wesentliche Gründe eine zweite Begutachtung bei den Ärzten der B.____ AG eingeholt, welche in Fachkreisen als versicherungsfreundliche Adresse gelte. Der begutachtende Psychiater Dr. med.

D.____ habe jedoch in seinem versicherungsfreundlichen Bericht keine Depression oder Neurose festgestellt, obwohl alle Kriterien dafür erfüllt gewesen seien. Er habe trotz bestehender Notwendigkeit auch kein neuropsychologisches Screening durchgeführt, weshalb auf sein Gutachten nicht abgestellt werden könne.

Die Beschwerdegegnerin habe zudem kritisiert, dass der Versicherte hinsichtlich seiner Erwerbsbiographie unterschiedliche Angaben gemacht habe. Sie behaupte, dass er damit habe manipulieren wollen, was in keiner Weise zu treffen. Der Beschwerdeführer sei psychisch schwer krank und könne sich nicht ganz genau erinnern. Die Erwerbsbiographie könne man ganz leicht mit einem „AHV-Zusammenruf“ feststellen, welcher der IV-Stelle zur Verfügung stehe. Der Versicherte sei kein Rentenneurotiker und wäre in keiner Weise mit dem Erhalt einer Invalidenrente zufrieden (zum Ganzen Urk. 1 S. 3).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2015 (Urk. 6) wies die Beschwerdegegnerin unter Beilage eines Strafbefehls vom 1. Juli 2015 (vgl. Urk. 7) darauf hin, dass der Versicherte weiterhin als Geschäftsführer tätig sei, was er anlässlich der Begutachtung ebenfalls nicht erwähnt habe.

E. 2.4

Unter Bezugnahme auf einen Bericht des Medizinischen Zentrums C.____ vom 25. Juni 2015 machte der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 22. Dezember 2015 geltend, dass er schwer krank und nicht arbeitsfähig sei (Urk. 14 f.). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich aufgrund der Aktenlage wie folgt zusammenfassen:

Dem Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 22. Oktober 2009 sind die folgenden Diagnosen zu entnehmen (Urk. 8/8/9): - Radiuschaftfraktur rechts - Metacarpaleköpfchenfraktur V Hand links - Hohe Fibulafraktur links - Riss-Quetsch-Wunde (RQW) hochfrontal links - Commotio cerebri - Nitritnegativer Harnwegsinfekt (HWI)

Es wurde weiter ausgeführt, dass der Versicherte Restaurantbesitzer sei und ihn am 11. Oktober 2009 drei männliche Personen aufgesucht hätten, nach dem er diese zuvor gebeten habe, sein Restaurant zu verlassen. Eine Person habe ihn mit einer Pistole bedroht

und diese an die linke Seite des Halses ge drückt; die anderen hätten mit einem Baseballschläger auf ihn losgeprügelt. Es sei zu kurzer Bewusstlosigkeit und leichter Übelkeit, jedoch nicht zu Er brechen oder einer Amnesie gekommen (Urk. 8/8/9). Die 24-stündige neuro lo gische Überwachung habe sich unauffällig gezeigt und der Versicherte habe prob lemlos mobilisiert werden können. Er sei am 15. Oktober 2009 in gutem All gemeinzustand und reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen wor den (Urk. 8/8/10). 3.2

Nebst den im Austrittsbericht des Spitals E.____ vom 22. Oktober 2009 ge nann ten Diagnosen (E. 3.1 hiervor) stellten die Ärzte des Medizinischen Zentrums C.____ in ihrem Bericht vom 4. November 2011 eine posttrau ma tische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) fest. Der Versicherte beklage, seit dem Überfall unter Vergesslichkeit und dauernden Kopfschmerzen zu leiden. Es seien auch Flashbacks, Herzrasen, Schweissausbrüche, Vermeidungsver halten sowie Schlaf- und Konzentrationsstörungen vorhanden. Bisher hätten keine stationären oder ambulanten Behandlungen stattgefunden. Ziel sei die Reduktion der Traumatisierung und die Wiederherstellung der Arbeitsfähig keit (Urk. 8/8/6-8).

Ergänzend wurde im Bericht vom 6. November 2012 ausgeführt, dass die Prognose aufgrund der chronifizierten Symptomatik negativ zu beurteilen sei. Aktuell erfolge eine medikamentöse Behandlung sowie jede zweite Woche eine Psychotherapie. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei aus heutiger Sicht ausgeschlossen (Urk. 8/9/6 f.). Sodann wurde am 3. April 2013 festgehalten, dass weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bishe rige wie auch für angepasste Tätigkeiten bestehe (Urk. 8/20/3). 3.3

Im März 2013 begab sich der Beschwerdeführer aufgrund von Schulter schmer zen ins Spital F.____ in Behandlung (Urk. 8/56/10). Er habe zudem über eine permanente Gefühlsstörung in drei Fingern und Kraftverlust im rechten Arm geklagt. Eine ossäre Läsion im Schultergelenk und eine neu rologische Problematik hätten ausgeschlossen werden können (Urk. 8/56/7+9). Stattdessen sei eine sogenannte PASTA-Läsion festgestellt und behandelt worden (Urk. 8/56/11). 3.4

Dr. med. Z.____ legte am 6. Juli 2013 sein psychiatrisches Gutachten vor und diagnostizierte eine chronische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1; Urk. 8/23/9). Der Versicherte sei deswegen seit Oktober 2001 (richtig: 2009) bis heute für alle ausserhäuslichen Erwerbstätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Die psychische Störung habe sich chronifiziert und einen Krankheitswert mit hohem Schweregrad. Die psychiatrischen Thera piemöglichkeiten seien ausgeschöpft worden und die Prognose auf lange Sicht ungünstig (Urk. 8/23/11).

Zur Erklärung, warum sich die Störung chronifiziert habe, wären gemäss Dr. Z.____ Angaben über vorbestehende Belastungen und psychische Störun gen wichtig. Der Versicherte zeige aber diesbezüglich eine starke psychische Abwehr, weshalb auch aus den früheren medizinischen Berichten wenig zu erfahren sei. Anhaltspunkte für den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung mit verminderten psychischen Bewältigungsfähigkeiten würden das lebens lange eklatante Einzelgängertum des Versicherten sowie dessen eigen annu tende, schizoide Denkweise und schlecht einfühlbare Affektivität bilden. Sein Vermeidungsverhalten sei extrem. Er habe schon den Spitalaufenthalt nach den Operationen abgebrochen, getraue sich nicht allein auf die Strasse, gehe nicht allein

einkaufen und brauche auch für die Besuche beim Psychiater Begleitung. Er habe sich sozial vollends isoliert. Der Beschwerdeführer leide an einer für die posttraumatische Belastungsstörung typischen Symptomatik von ständigen Wiedererinnerungen an den Überfall, die eine psychovegetative Stresssymptomatik mit Schweissausbrüchen, Herzklopfen und Atemnot auslösen würden. Häufig komme es auch zu Angstträumen mit der Folge dauernder Unruhe und Schlafstörungen. Die Ängste hätten den Grad einer Panikstörung erreicht, insbesondere untermauert durch das Stimmenhören, die Suizidimpulse und die psychovegetative Stresssymptomatik. Ferner wirke der Versicherte sehr unbeholfen, bedrückt, apathisch, verlangsamt, affektiv erstarrt und auf depressive Art resigniert. Der chronische Stress- und Erschöpfungszustand biete keine energetischen Ressourcen für eine auswärtige Erwerbstätigkeit mehr dar. Das panikbedingte Vermeidungsverhalten erlaube allgemein keine regelmässigen ausserhäuslichen Tätigkeiten mehr (zum Ganzen Urk. 8/23/9 f.). 3.5

Im Bericht des Medizinischen Zentrums C.____ vom 14. August 2014 wurde bei fortbestehender Diagnose und Symptomen (vgl. E. 3.2) ausgeführt, dass dem Versicherten aufgrund des Ausmasses der Beeinträchtigungen eine normale, selbständige Lebensführung nicht möglich sei. Aktuell seien deutliche Suizidideen vorhanden; eine akute Suizidalität bestehe aber nicht. Wegen der Traumatisierung könne der Beschwerdeführer an keiner gerichteten Tätigkeit teilnehmen (Urk. 8/59/7). 3.6

3.6.1

Gemäss polydisziplinärem B.____-Gutachten vom 26. März 2015 besteht als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F40 [richtig: F41.1]) mit anhaltender affektiver Störung und Symptomen der Verbitterung (ICD-10 F38.8; Urk. 8/76/13). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien dagegen im Wesentlichen die folgenden Diagnosen (Urk. 8/76/13): - Subsyndromale, posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Steatosis hepatis (Fettleber) - Rezidivierende Harnwegsinfekte - Leichtes Impingementsyndrom der rechten Schulter bei MRI-gesicherter Partialruptur der Supraspinatussehne 3.6.2

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, dass der Versicherte in der Lage sei, einer ihm körperlich zumutbaren Tätigkeit (vgl. E. 3.6.6) in einem 50%-Pensum ohne weitere Leistungsverminderung nachzugehen. Er berichte über Nachhallerinnerungen, Flashbacks, Intrusionen mit szenenhaft ablaufenden Erinnerungen an das Überfallereignis sowie über Alpträume, welche ebenfalls inhaltlich mit dem Ereignis verknüpft seien. Die Schilderung bleibe allerdings bemerkenswert oberflächlich und blass und werde nicht durch katastrophisierende Vegetativreaktionen oder Affektstürme begleitet. Daher müsse die von den behandelnden Ärzten wiederholt geschilderte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in Zweifel gezogen werden. Es mangle an der Reaktion mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen. Die Schilderung der Ereignisse geschehe ausserdem nicht so, als ob der Beschwerdeführer tatsächlich handle oder fühle, dass das Ereignis wiederkehre. Auch ein anhaltendes Vermeidungsverhalten bezüglich trauma-assoziiierter Reize lasse sich nicht sicher bestätigen. Eine dauerhafte Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen Personen lasse sich ebenso wenig feststellen wie die Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern. Es zeige sich zwar ein vermindertes Interesse an Aktivitäten, aber diese Einschränkung sei keineswegs traumaspezifisch, sondern könne auch im Zuge der depressiven Symptomatik und Affektregulationsstörung erklärt werden.

Auch anhaltende Symptome erhöhter Erregung wie Hypervigilanz seien keineswegs feststellbar oder einzig mit einer posttraumatischen Belastungsstörung erklärbar (Urk. 8/76/10+28).

Das chronische Schmerzsyndrom bleibe ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die sogenannten Foerster-Kriterien seien nämlich nicht hinlänglich erfüllt. Es mangle an einem ausgewiesenen sozialen Rückzug aus allen Lebensbereichen, am Nachweis einer schwerwiegenden psychiatrischen Komorbidität und an einem primären, therapeutisch unzugänglichen Krankheitsgewinn. Vielmehr sei ein sekundärer Krankheitsgewinn - eng verknüpft mit dem Verbitterungssyndrom des Versicherten - entscheidend, so dass eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit aus der somatoformen Schmerzstörung nicht resultiere (Urk. 8/76/11+28).

Ungeachtet dessen müsse festgehalten werden, dass die anhaltende affektive Störung mit Verbitterung, Ängsten und depressiven Affekten zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit führe, da damit eine deutliche Beeinträchtigung der Affektregulation, der Ausdauer und des Durchhaltevermögens verknüpft sei. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, zu einem Pensum von 50 % ohne weitere Leistungsminderung einer ihm körperlich zumutbaren Tätigkeit nachzugehen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in der Gastronomie bestehe seit Oktober 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Urk. 8/76/11+29). 3.6.3

Aus neurologischer Sicht verhalte es sich so, dass anlässlich der Untersuchung keine neurologischen Ausfälle hätten objektiviert werden können. Der Versicherte könne alle Tätigkeiten entsprechend seiner Ausbildung und Kenntnisse ausüben (Urk. 8/76/11+35). 3.6.4

Auch im Fachgebiet der Inneren Medizin hätten sich keine Erkrankungen gezeigt, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden. Insbesondere aufgrund der Fettleber, des leichten Übergewichts, der in der Vergangenheit aufgetretenen Harnwegsinfekte wie auch der chronischen Rückenschmerzen resultiere keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/76/11 f.+43). 3.6.5

Aus orthopädischer Sicht seien die anlässlich des tätlichen Angriffs erlittenen Knochenbrüche ohne Funktionseinschränkungen ausgeheilt. Im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule würden sich die Funktionen leichtgradig eingeschränkt zeigen. Radiologisch seien aber auf Basis der Röntgenbilder keine dem Alter vorausseilenden Degenerationen vorhanden. Bei der Untersuchung hätten sich keine Schmerzen provozieren lassen. Klinisch würden sich auch keine Zeichen einer radikulären Ausfallsymptomatik zeigen. Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Landschaftsgärtner oder auch im Service vollschichtig gegeben (Urk. 8/76/12+52). 3.6.6

Im polydisziplinären Konsens wurde festgehalten, dass der Versicherte körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen bis zu 25 Kilogramm ausüben könne. Ihm seien Tätigkeiten einfacher geistiger Natur mit geringen Verantwortungsgraden, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit möglich, wobei eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % vorliege. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in der Gastronomie könne der Beschwerdeführer jedoch wegen der mit dem Überfall verknüpften Ängste und der eingeschränkten Team- und Konfliktfähigkeit nicht mehr verrichten; in soweit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Urk. 8/76/14 f.). 3.7

Mit Schreiben vom 25. Juni 2015 (Urk. 8/79) nahmen die Ärzte des Medizinischen Zentrums C.____ zum B.____-Gutachten vom 26. März 2015 (vgl. E. 3.6) Stellung. Sie kritisierten, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung anhand der DSM-5 Kriterien verworfen worden sei, was nicht statthaft sei, da die Diagnosestellungen im deutschsprachigen Raum gemäss den ICD-10 Kriterien erfolgen würden (Urk. 8/79/1). Der psychiatrische Gutachter habe ferner die massiven Wirkungen der Psychopharmaka zu wenig berücksichtigt und den Tagesablauf des Versicherten unvollständig eruiert. Der Beschwerdeführer sei ausserdem aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der Traumatisierung auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/79/2 f.). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, welche Beweiskraft dem B.____-Gutachten vom 26. März 2015 (Urk. 8/76) zukommt und ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. E. 2.1 ff.). 4.2

Das B.____-Gutachten vom 26. März 2015 basiert auf umfassenden psychiatrischen, neurologischen, internistischen sowie orthopädischen Untersuchungen. Es wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 8/76/4 ff.). Der Versicherte wurde von den einzelnen Gutachtern situationsadäquat befragt und konnte sich insbesondere auch zu seinen aktuellen Leiden äussern, wobei seine Beschwerden sodann im Rahmen der Diagnoseerhebung Berücksichtigung fanden (Urk. 8/76/20 ff.+31 ff.+38 ff.+ 45 ff.). Soweit möglich, erfolgte ausserdem eine schlüssige Auseinandersetzung mit den früheren ärztlichen Beurteilungen (Urk. 8/76/28 f.+35+43+52). Die gestellten Diagnosen sowie die aus medizinischer Sicht bestehenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden überzeugend dargelegt und erläutert (Urk. 8/76/27 ff.+35 f. + 42 f.+51 f.; vgl. zum Ganzen E. 1.5). 4.3 4.3.1

Der Versicherte brachte in seiner Beschwerdeschrift verschiedene Kritikpunkte am B.____-Gutachten an. Er machte zunächst geltend, dass die B.____ AG in Fachkreisen als versicherungsfreundliche Adresse gelte, was mit dem vorliegenden Gutachten auch klar erwiesen sei. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie, habe zudem merkwürdigerweise keine Depression oder Neurose festgestellt, obwohl alle Kriterien dafür erfüllt gewesen seien. Dies habe er nur getan, um einen versicherungsfreundlichen Bericht erstatten zu können (Urk. 1 S. 3; E. 2.2).

Im Raum steht somit der Vorwurf einer versicherungsfreundlichen - und in diesem Sinne voreingenommenen - Begutachtung. Es ist darauf hinzuweisen, dass sich Ausstandsbegehren stets nur gegen eine bestimmte Person, nicht aber gegen eine Gutachterstelle wie die B.____ AG, richten können (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_91/2016 vom 14. März 2016 mit Hinweis). In dem bringt der Beschwerdeführer auch gegen Dr. D.____ keine konkreten Anhaltspunkte vor, welche objektiv auf eine Gefahr der Voreingenommenheit beziehungsweise den Anschein der Befangenheit schliessen lassen würden. Nicht überzeugend ist namentlich der Einwand, dass Dr. D.____ entgegen den medizinischen Tatsachen keine Depression oder Neurose festgestellt habe, um einen versicherungsfreundlichen Bericht erstatten zu können. Bei den genannten Argumenten handelt es sich um unsubstantiierte Behauptungen des Versicherten, welche in den medizinischen Akten keine Stütze finden (vgl. E. 3). 4.3.2

Sodann rügte der Beschwerdeführer, dass Dr. D.____ trotz bestehender Notwendigkeit kein neuropsychologisches Screening durchgeführt habe, weshalb auf sein Gutachten nicht

abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 3; E. 2.2).

Auch dieser Einwand des Versicherten geht fehl. So wird nicht näher ausgeführt, welche neuen und entscheiderelevanten Erkenntnisse ein neuropsychologisches Screening liefern würde und inwiefern der medizinische Sachverhalt in diesem Zusammenhang ungenügend abgeklärt worden sei. Die psychiatrische Untersuchung und Befundaufnahme durch Dr. D.____ erfolgte unter angemessenem Zeitaufwand in umfassender und eingehender Weise (Urk. 8/76/20-27). Es ist nicht ersichtlich und wird auch vom Versicherten nicht dargelegt, in welchen Punkten diese Abklärungen unvollständig sein sollen. 4.3.3

Der Beschwerdeführer wendete weiter ein, dass Dr. Z.____ korrekterweise festgestellt habe, dass eine posttraumatische Belastungsstörung und infolgedessen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Dessen Abklärungen seien um ein Wesentliches besser, als diejenigen von Dr. D.____ (Urk. 1 S. 3 f.; E. 2.2).

Auch dieser Argumentation kann nicht gefolgt werden. Zum einen basiert das Gutachten von Dr. Z.____ vom 6. Juli 2013 (Urk. 8/23; vgl. E. 3.4) massgeblich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, ohne sich mit diesen in angemessener Art und Weise kritisch auseinanderzusetzen (vgl. Urk. 8/23/9 f.). Zum anderen wird hinsichtlich der diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung nicht darauf eingegangen, dass gemäss ICD-Cod e (F43.1) der Beginn einer solchen Störung dem Trauma in aller Regel mit einer Latenz von wenigen Wochen bis maximal sechs Monaten folgt (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2013 E. 4.1.2 f. und 9C_687/2013 E. 4.2, jeweils mit Hinweisen) und sich der Versicherte erst nach über zwei Jahren in ärztliche Behandlung begeben hat (Urk. 8/8/6 f.). Weiter überzeugt die Schlussfolgerung, dass sich die posttraumatische Belastungsstörung chronifiziert habe, nicht. Dr. Z.____ räumt selbst ein, dass in diesem Zusammenhang Angaben über vorbestehende Belastungen und psychische Störungen wichtig seien, wobei allerdings aus den früheren medizinischen Berichten wenig zu erfahren sei (Urk. 8/23/9). Zudem hat er ohne genauere Überprüfung – namentlich ohne Blutentnahme zur Kontrolle des Medikamentenspiegels – festgehalten, dass der Beschwerdeführer viele verschiedene Psychopharmaka einnehme (Urk. 8/23/10). Ausser Acht gelassen wird zusätzlich, dass bis zum Zeitpunkt der Begutachtung – wie auch bis zum heutigen Tag – keine stationäre oder anderweitig intensive psychiatrische Behandlung erfolgt ist. Wie angesichts all dieser Umstände von einer Ausschöpfung der psychiatrischen Therapiemöglichkeiten und einem chronifizierten Leiden ausgegangen werden konnte (Urk. 8/23/11), ist nicht nachvollziehbar.

Analoges gilt im Übrigen in Bezug auf den Arztbericht des Medizinischen Zentrums C.____ vom 25. Juni 2015 (Urk. 8/79), auf welchen der Beschwerdeführer ebenfalls verweist (Urk. 14). Zusätzlich ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen und Therapiekräfte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Ergänzend ist sodann anzumerken, dass der Tagesablauf des Versicherten entgegen den Behauptungen (Urk. 8/79/2) auch hinsichtlich der Schlafprobleme vollständig festgestellt worden ist (Urk. 8/76/20 f.). Ferner ist die Beachtung von DSM-5 Kriterien zwecks Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 8/76/28; Urk. 6/79/1) nicht unstatthaft (vgl. BGE 130 V 396 E. 6.3), wobei den konzeptuellen Unterschieden zu den ICD-10 Kriterien gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ohnehin durch ein strukturiertes Beweisverfahren unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 Rechnung

getragen werden kann (BGE 142 V 342 E. 5.2.3; siehe hierzu E.

4. 5 unten). 4.3.4

Als Zwischenfazit ist damit festzuhalten, dass die Einwände des Beschwerdeführers die Beweiskraft des B.____-Gutachtens vom 26. März 2015 (Urk. 8/76) nicht zu schmälern vermögen. Es hat sich gezeigt, dass aus den genannten Gründen weder auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ (Urk. 8/23), noch auf den Arztbericht des Medizinischen Zentrums C.____ (Urk. 8/79) abgestellt werden kann. 4.4

Die Beschwerdegegnerin stellte das B.____-Gutachten in der angefochtenen Verfügung prinzipiell nicht in Frage, schloss allerdings aus verschiedenen Gründen darauf, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege (Urk. 2 S. 4).

Vorab ist festzuhalten, dass es Aufgabe der Arztperson ist, den Gesundheitszustand zu beurteilen, die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt ihr hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). Gemäss B.____-Gutachten sei der Beschwerdeführer ausgehend von der Diagnose einer generalisierten Angststörung in Verknüpfung mit einer anhaltenden affektiven Störung und Symptomen der Verbitterung in seiner zuletzt aus geübten Tätigkeit als Mitarbeiter in der Gastronomie nicht mehr arbeitsfähig. Für leidensadaptierte Tätigkeiten bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/76/15+29; vgl. E. 3.6.2).

Die IV-Stelle bringt berechtigterweise vor, dass diese medizinisch-theoretisch begründete Arbeitsunfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht von Relevanz ist. Entscheidend ist dabei primär, dass psychische Störungen gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann als invalidisierend gelten, wenn sie schweren Ausmasses und therapeutisch sämtliche in Frage kommenden Optionen ausgeschöpft worden sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1). Von einer solchen Therapieresistenz kann im Hinblick auf die im konkreten Fall diagnostizierten Störungen nicht ausgegangen werden. In diesem Kontext weisen die Gutachter selbst darauf hin, dass eine Intensivierung der Fachbehandlung eine positive Veränderung bewirken könne (Urk. 8/76/15), denn bis anhin hat sich der Versicherte nur jede zweite Woche in ambulante Therapie begeben (E. 3.2). Zu seinen Ungunsten zu werten ist auch die ungenügende Mitwirkung im Zusammenhang mit der Kontrolle des Medikamentenspiegels anlässlich der Begutachtung (Urk. 8/76/17+24+27+42). Allein aufgrund der angegebenen Angst vor Blut ist eine solche Untersuchung nicht als unzumutbar zu erachten (vgl. Art. 43 Abs. 2 ATSG). Auf einen erheblichen Leidensdruck kann vor diesem Hintergrund jedenfalls nicht geschlossen werden.

Weiter gilt es zu beachten, dass sich in den Akten diverse Hinweise darauf finden lassen, dass der Beschwerdeführer durch seine Erkrankungen nicht derart in seinem Alltags- und Erwerbsleben eingeschränkt zu sein scheint, als er im Rahmen der Begutachtung angegeben hat. Einerseits konnte er trotz Angst vor Menschenansammlungen (Urk. 8/76/20 f.) ohne Begleitung mit dem Zug zur psychiatrischen Begutachtung anreisen (Urk. 8/76/24). Andererseits lässt sich den Unterlagen entnehmen, dass sich der Versicherte nach dem tätlichen Übergriff im Oktober 2009 wieder im besagten Club in G.____ aufgehalten und sich sogar als Geschäftsführer bezeichnet hat (Polizeieinvernahme vom 11. Juni 2010 S. 1; Urk. 7).

Ausserdem äusserte er sich im Oktober 2010 in einem weiteren Strafverfahren dahingehend, dass er Inhaber der Einzelfirma „H.____“ sei und für diese arbeite (Poli zeieinvernahme vom 20. Oktober 2010 S. 1; Urk. 7). Sodann wurde der Beschwerdeführer mit Strafbefehl vom 1. Juli 2015 für schuldig befunden, als Geschäftsführer des Unternehmens „I.____“ am 17. Juni 2015 einen Ausländer ohne Bewilligung im Sinne des Ausländergesetzes beschäftigt zu haben (Urk. 7). Wie die Beschwerdegegnerin richtig anmerkt, steht dies in klarem Widerspruch zu den gegenüber den Gutachtern getätigten Aussagen (Urk. 8/76/24+33+41), wonach der Versicherte nach Oktober 2009 nicht mehr erwerbstätig gewesen sei. Dessen Erwerbsbiographie - soweit sie rekonstruierbar ist (vgl. auch Urk. 8/43) - und die nicht von der Hand zu weisenden Inkonsistenzen lassen somit ebenfalls darauf schliessen, dass kein respektive kein ausreichender Leidensdruck vorliegt, der einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit im Wege stehen würde. 4.5

Der Vollständigkeit halber ist schliesslich festzuhalten, dass der im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung diagnostizierten subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) sowie der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) zu Recht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurde (E. 3.6.1). So wurde in Bezug auf die somatoforme Schmerzstörung - was aber auch hinsichtlich der posttraumatischen Belastungsstörung Geltung hat - auf die zum damaligen Zeitpunkt massgebenden Foerster-Kriterien eingegangen und festgestellt, dass diese nicht hinlänglich erfüllt seien. Namentlich wurde ausgeführt, dass es an einem ausgewiesenen sozialen Rückzug aus allen Lebensbereichen, an dem Nachweis einer schwerwiegenden psychiatrischen Komorbidität und an einem

primären, therapeutisch unzugänglichen Krankheitsgewinn fehle (Urk. 8/76/11+28 ; E. 3.6.2). Obwohl das Bundesgericht zwischenzeitlich für pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage

ein strukturiertes Beweisverfahren unter Anwendung von Standardindikatoren eingeführt hat, verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se an Beweiswert (BGE 141 V 281 E).

8) . Vor dem Hintergrund der erwähnten Befunde und gewonnenen Erkenntnisse im Gutachten (vorstehend E. 3.6.2) ist auch unter Berücksichtigung der nunmehr geltenden Kriterien der Rechtsprechung eine invalisidierende Beeinträchtigung auszuschliessen. 4.6

Zusammenfassend liegt nach dem Gesagten aus rechtlicher Sicht kein invalisidierender Gesundheitsschaden vor. Die angefochtene Verfügung vom 6. Oktober 2015 (Urk. 2) erweist sich damit als rechters, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5.

Da es vorliegend um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen der gesetzlichen Vorgabe (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Die Kosten sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, in folge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk. 18) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse

genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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