

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01272 vom 31. Mai 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01272

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01272 du 31 mai 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01272 del 31 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, im Jahr 1998 als Flüchtling in die Schweiz eingereist und kurze Zeit als Officemitarbeiter im Y.____ tätig, meldete sich ein erstes Mal am 12. September 2003 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 8/3). Mit Verfügung vom 12. Dezember 2003 verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Anspruch auf eine Invalidenrente, da die einjährige Wartezeit noch nicht abgelaufen sei (Urk. 8/16).

Am 13. Dezember 2013 meldete sich X.____, der sich zuletzt als selbstständiger Taxichauffeur betätigt hatte, unter Hinweis auf eine posttraumatische Belastungsstörung erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Massnahme) an (Urk. 8/25). Die IV-Stelle führte ein berufliches Standortgespräch durch (Urk. 8/27), holte einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug, Urk. 8/30) und Arztberichte (Urk. 8/31 und Urk. 8/32) ein. Am 25. August 2014 teilte sie dem Versicherten mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/46). Sie veranlasste weiter eine polydisziplinäre Begutachtung (vgl. das Gutachten der Z.____ AG, vom 3. Dezember 2014, Urk. 8/51/1-15) und forderte den Versicherten am 13. April 2015 auf, sich mit Blick auf allfällige künftige Leistungsansprüche einer intensiven fachpsychiatrischen Therapie zu unterziehen (Urk. 8/57). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/58 ff.) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 16. November 2015 (Urk. 2) einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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. 1.3.1

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederung sanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin der der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 1.3.2

Mit BGE 142 V 342 hat das Bundesgericht festgestellt, dass auch bei der Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ein strukturiertes Beweisverfahren unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE

141

V

281 E. 4.1.3 durchzuführen ist (E. 4.3.2). Das Bundesgericht kam in seinen Erwägungen zum Schluss, es sei davon auszugehen, dass es sich bei der PTBS ganz allgemein um eine Störung handle, die nicht nur keinen Bezug zu einem organischen Geschehen aufweise, sondern für die sich keine oder kaum objektivierbare Befunde erheben lasse, was namentlich auf ihre typischen Symptome (Nachhallerinnerungen, Alp-/Träume, Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Überwachsamkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit) zutreffe. Dazu könnten weitere vielfältige Symptome treten, die ebenso bei anderen Störungen vorkämen und nach differenzierter Prüfung riefen. Auch der Verlauf zeige sich sehr wechselhaft und nicht prognostizierbar, wobei progrediente Entwicklungen kaum zu erwarten seien und eine Chronifizierung, verbunden mit sozialem Rückzug und Antriebsmangel, eher selten auftrete. Bei einem dergestalt schwer fassbaren, rein subjektiven, nicht objektivierbaren und unspezifischen Krankheitsbild sei in Zusammenhang mit der Diagnosestellung in besonderer Weise auch auf die in E. 2.2 von BGE 141 V 281 E. 2.2 statuierten Ausschlussgründe (Aggravation und dergleichen) zu achten. Soweit es darüber hinaus schlussendlich vor allem um die Folgenabschätzung gehe, mithin darum, die Auswirkungen der Störung auf das Leistungsvermögen bzw. die Arbeitsfähigkeit zu erheben und zu gewichten, bedürfe es nach dem Erwogenen gerade auch bei der PTBS des "konsistenten Nachweises" mittels "sorgfältiger Plausibilitätsprüfung". Dafür liege die besondere Eignung des strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281

E.

4.1.3 vor dem rechtlichen Hintergrund des Art. 7 Abs. 2 ATSG gleichsam auf der Hand (BGE 142 V 342 E. 5.2.3).

E. 1.4

In Bezug auf mögliche psychische Komorbiditäten verliert eine depressive Problematik nicht bereits wegen einer medizinischen Konnexität zum Schmerzleiden ihre Bedeutung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Bei Störungen im mittelgradigen Bereich ist indes die invalidisierende Wirkung - weiterhin - besonders sorgfältig zu prüfen. Es darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken und wäre damit eine relevante Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 mit Hinweis und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2). Auch nach der Praxisänderung vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) gelten psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind, was namentlich bei noch nicht lange chronifizierten Krankheitsgeschehen voraussetzt, dass keine therapeutische Option mehr und somit eine Behandlungsresistenz besteht (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). An der bundesgerichtlichen Praxis, wo nach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom 20.

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E. 4.3.2.1, 9C_250/2012 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Ist eine mittelgradige depressive Episode eine „blosse“ Begleiterscheinung (zum Beispiel Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312) zu einer somatoformen Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2), beurteilt sich die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Schmerzrechtsprechung (BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar

2015 E. 3.2.2 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4).

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

Gegen diesen Entscheid liess X.____ am 10. Dezember 2015 Beschwerde erheben (Urk. 1) und beantragen, es sei die Verfügung vom 16. November 2015 (Urk. 2) aufzuheben und ihm eine „volle“ Invalidenrente ab dem 1. Juni 2014 zuzusprechen; eventuell seien weitere Sachverhaltsabklärungen durchzuführen. Zudem ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2016 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde, wovon der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. Januar 2016 (Urk. 9) in Kenntnis gesetzt wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Der Beschwerdeführer liess in seiner Beschwerde vom 10. Dezember 2015 (Urk. 1) bemängeln, dass die IV-Stelle den im IV-Gutachten festgestellten dauerhaften Gesundheitsschaden mittels der neuen Indikatorenprüfung zu relativieren versucht habe. Er stellte sich auf den Standpunkt, dass die mit BGE 141 V 281 begründete Indikatorenprüfung durch medizinische Fachpersonen und nicht intern durch die IV-Stelle vorzunehmen sei (Ziff. 2 ff.). Zudem sei die depressive Problematik aufgrund ihres

Schweregrades als eigenständiges Leiden anzusehen (Ziff. 7). Sie unterliege nicht der Indikatorenpflicht und stehe im Vordergrund (Ziff. 17). Im Weiteren stellte der Beschwerdeführer die Beweiswertigkeit des MEDAS-Gutachtens in Frage (Ziff. 8 ff.).

Der Beschwerdeführer machte geltend, er habe Anspruch auf eine halbe Rente ab 1. Juni 2014, mindestens bis zum Abschluss der Traumatherapie. Eine erneute Überprüfung des medizinischen Sachverhalts könne daher im Rahmen eines ordentlichen Revisionsverfahrens gewährleistet werden. Zudem liess er in der Beschwerdebegründung berufliche Massnahmen zur Stabilisierung und Erweiterung seiner Erwerbsfähigkeit beantragen (Ziff. 20).

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 (Urk. 2) aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund des Gutachtens der Z. ___ AG vom 3. Dezember 2014 aus internistischer und rheumatologischer Sicht in seiner bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer voll arbeitsfähig. Hingegen werde aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Aufgrund der Ressourcenprüfung bestehe indes kein invalidenversicherungsrelevanter Gesundheitsschaden. Der Beschwerdeführer verfüge über eine gute, in seinem Heimatland absolvierte Ausbildung. Seine Intelligenz werde von den Gutachtern als durchschnittlich bis überdurchschnittlich beschrieben. Die klinischen Befunde seien im Wesentlichen unauffällig. Es bestehe kein kompletter sozialer Rückzug. Es liege zwar eine vorwiegend familiär bedingte soziale Konfliktsproblematik vor. Diese sei je doch invalidenversicherungsfremd. Das psychische Leiden sei auch noch nicht aus therapiert.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2016 (Urk. 7) machte die Beschwerdegegnerin ergänzende Ausführungen zu den massgebenden Standardindikatoren. 3. 3.1

Dr. med. A. ___, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 17. November 2003 (Urk. 8/14) die psychiatrischen Diagnosen einer schweren depressiven Krise mit psychotischen Symptomen bei emotional instabiler Persönlichkeit (ICD-10 F31.1), einer kombinierten Persönlichkeitsstörung bei Veränderung der Lebensumstände (ICD-10 F61.0 und Z60.1) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3). Dr. A. ___ berichtete, der Beschwerdeführer sei in B. ___ geboren und mit sieben Geschwistern aufgewachsen. Die Mutter sei früh verstorben. Ein Bruder sei vom Regime Saddam Husseins wegen politischer Aktivitäten hingerichtet worden. Der Beschwerdeführer habe die Schulen bis in das 2. Jahr der technischen Hochschule besucht und sei dann verhaftet worden und von April 1981 bis Mai 1986 im Gefängnis gewesen und massiv gefoltert worden. Danach sei er unter der Bedingung, mit dem Regime zusammen zu arbeiten, entlassen worden und in den Iran geflohen. Dort sei es ihm nicht besser ergangen und er sei in die Schweiz geflüchtet, wo er politisches Asyl erhalten habe. Der Psychiater attestierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn (4. April 2003) bis auf weiteres und führte aus, der Beschwerdeführer ertrage seine jetzige Lebenssituation schwer. Er komme vor allem mit den Anforderungen und der Komplexität des täglichen Lebens nicht zurecht und bedürfe einer spezifischen posttraumatischen Psychotherapie auf lange Frist angelegt. Aufgrund der vielfältigen Problematik und der unverarbeiteten PTBS mit dem chronischen Verlauf der Depressivität sei der Beschwerdeführer zurzeit nicht fähig, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen oder irgendeine Arbeitsleistung zu erbringen. Die weitere Entwicklung des Gesundheitszustandes müsse

abgewartet werden. 3.2

Der Hausarzt Dr. med. C.____, welcher den Beschwerdeführer seit dem 20. Mai 1998 behandelt, nannte im Bericht vom 29. Januar 2014 (Urk. 8/31/1-4) die Diagnosen einer PTBS sowie eines Malassimilationssyndroms. Der Beschwerdeführer klagt erst seit dem Jahr 2013 über ein Arbeitsunvermögen als Taxifahrer. Er habe ihn in D.____, zur Psychotherapie angemeldet. Die aktuelle Medikation bestehe aus Cymbalta und Trittico. Er empfehle eine längerfristige Psychotherapie. Er habe keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausgestellt. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar und es bestünden keine verminderte Leistungsfähigkeit, jedoch eine eingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit. Die Prognose sei wahrscheinlich gut. 3.3

Dr. med. E.____, Assistenzärztin, und Dr. med. F.____, Oberarzt D.____, nannten im Überweisungsbericht an Dr. med. G.____ vom 3. Dezember 2013 (Urk. 8/31/5-8) nach drei Konsultationen in der Migrationssprechstunde die Diagnosen einer PTBS (ICD-10 F43.1), einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) sowie eines Verdachts auf Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1). Sie gaben an, der 53-jährige, aus dem Irak stammende Taxichauffeur leide im Longitudinalschnitt (seit zirka 15 Jahren) unter Symptomen des Wiedererlebens (Flashbacks, Albträume), der Vermeidung (gedanklich; Gefühl der Entfremdung) und der Übererregung, welche sich als PTBS vor dem Hintergrund diverser traumatisierender Erfahrungen während der Gefängnis aufenthalte im Irak sowie Iran diagnostizieren liessen. Zudem schienen seither progredient verlaufende Schmerzen zu bestehen. Im aktuellen Querschnitt zeige sich ein ängstlich-depressives Zustandsbild mit den oben genannten Symptomen einer PTBS, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit und schneller Ermüdbarkeit, Freud- und Interessenverlust und Schmerzen wechselnder Lokalisation, vorrangig jedoch Abdomen und Thorax betreffend. Die depressive Begleitsymptomatik werde aktuell als reaktiv entstandene mittelschwere Episode quantifiziert. Hinsichtlich der Schmerzen werde aufgrund des bisher fehlenden Nachweises eines organischen Korrelats sowie aufgrund des engen zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhangs der Schmerzen mit den Traumatisierungen von einem somatoformen Geschehen ausgegangen.

Der Beschwerdeführer verfüge über Ressourcen (Differenziertheit, bisher arbeitsfähig) und habe sich im Verlauf der Abklärung und Psychoedukation zunehmend gegenüber einer Behandlung geöffnet, so dass er von einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Begleitung sicher profitieren könne. 3.4

Im Bericht vom 12. Februar 2014 (Urk. 8/32) nannten der Assistenzarzt G.____ und die Oberärztin Dr. med. J.____, praktizierend im Zentrum für Soziale Psychiatrie der D.____, die Diagnosen (S. 2) einer rezidivierenden depressiven Störung (mindestens seit 2003), gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (seit zirka 1995), einer PTBS (seit zirka 1981) sowie eines Verdachts auf somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes (eigenanamnestisch seit zirka 1999). Die Ärzte gaben an, dass der Beschwerdeführer mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits seit mehreren Monaten respektive Jahren reduziert arbeitsfähig gewesen sei. Der Grad lasse sich retrospektiv nicht mehr genau definieren. Seit dem 16. Januar 2014 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, die vermutlich auf längere Sicht bestehen bleiben werde (S. 1).

Aktuell stehe die schwere depressive Episode im Vordergrund. In der klinischen Untersuchung imponiere der Beschwerdeführer durch die aktuelle Alltagsbewältigung bereits stark belastet. Bereits in den letzten Jahren scheine er nur mit grosser Anstrengung eine Teilarbeitsfähigkeit aufrecht erhalten zu haben und seit der Verschlechterung der depressiven Symptomatik sei das Ausüben seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr möglich. Es sei zu vermuten, dass sich der Beschwerdeführer über den langjährigen Verlauf zunehmend erschöpft habe und nun keine Ressourcen für eine Zustandsverbesserung im Sinne einer Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden seien. Bei den genannten Diagnosen sei gegenwärtig von einem eher ungünstigen Verlauf, das heisse einer Chronifizierung, auszugehen (S. 4). 3.5

Die Gutachter der Z.____ AG nannten in ihrer Expertise vom 3. Dezember 2014 (Urk. 8/51/1-15) in den Fachgebieten Psychiatrie (Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie), Innere Medizin (Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin) und Rheumatologie (Dr. med. M.____, Facharzt für Rheumatologie FMH) die Diagnosen (S. 8 f.) einer PTBS unter Therapie rückläufig (ICD-10 F 43.1), einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein tachykarder Sinusrhythmus, eine Wirbelsäulenfehlform mit thorakalem Rundrücken, ein Status nach Polyarthralgien unklarer Ätiologie sowie eine somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes (ICD-10 F45.3).

Die Gutachter schlossen in ihrer Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten (S. 9 f.), aus internistisch-gutachterlicher Sicht bestünden keine entscheidenden pathologisch-anatomisch begründbaren Funktionseinschränkungen. Die Arbeitsfähigkeit sei auf diesem Gebiet nicht eingeschränkt.

Aus rheumatologisch-gutachterlicher Sicht würden ebenfalls keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende(n) Funktionseinschränkungen vorliegen. Der auch röntgenologisch nachgewiesene Rundrücken habe keine leistungsmindernden Folgen.

Führend seien die psychiatrischen Einschränkungen. Nach Anamnese, Verlaufssymptomatik und aktuellem Befund bestünden Psychopathologika, die in die Diagnosen einer PTBS, einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode und einer somatoformen Schmerzstörung einzuordnen seien. Die Pathogenese beruhe auf zahlreichen traumatischen Vorerfahrungen nach Inhaftierungen und Folterungen im Irak und Iran. Bis zum Jahr 2013 seien bis auf eine einjährige ambulante nicht näher bezeichnete Therapie beim Psychiater Dr.

A.____ keine spezifischen Massnahmen durchgeführt worden. Seit Ende 2013 befinde sich der Beschwerdeführer in regelmässiger ambulanter Behandlung in der D.____. Hierunter sei nach Angaben des Beschwerdeführers

bereits eine leichte emotionale Stabilisierung erreicht worden. Er selbst sehe sich jedoch als komplett arbeitsunfähig an, dies vorwiegend aufgrund von angegebener Müdigkeit und Körperschmerzen. Die behandelnde D.____

habe ab dem 16. Januar 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Versicherungsmedizinisch könne dieser Einschätzung nicht gänzlich gefolgt werden. Zwar bestehe aktuell keine Empfehlung für die vorgängig ausgeübte Tätigkeit als Taxifahrer, da

die beschriebenen Auffälligkeiten im psychischen Befund der Tätigkeit eines Berufskraftfahrers im Wege stunden. Für leidensadaptierte Tätigkeiten sei jedoch aus objektiver Sicht medizinisch-theoretisch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben. Eine Besserung sei unter konsequenter Therapie weiter möglich. Der Beschwerdeführer selbst schätze sich jedoch wie beschrieben als arbeitsunfähig ein. Es bestehe eine vollständige Invaliditätsüberzeugung. Daher seien die Aussichten für eine berufliche Wiedereingliederung ungünstig. Zudem bestehe eine erhebliche soziale Konfliktsituation, vorwiegend familiär bedingt, die in die versicherungsmedizinische Wertung nicht einflüsse. Es empfehle sich, im Rahmen

der Schadensminderungspflicht eine intensive weitere psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung anzuordnen. Eine Nachevaluation in zwei Jahren sei als sinnvoll anzusehen.

Die psychiatrische Gutachterin gab im Teilgutachten (Urk. 8/51/16-25) zum psychiatrischen Befund an, der Beschwerdeführer sei pünktlich erschienen, bewusstseinsklar und zu den Qualitäten von Raum, Zeit, Person und der Begutachtungssituation voll orientiert. Sie berichtete weiter von leiser, wenig modulierter Sprechweise und einem insgesamt reduzierten Energielevel. Der Beschwerdeführer habe sich im Gespräch auf sämtliche Inhalte gut fokussieren können. Der konzentrationsspannungsbogen sei erhalten geblieben. Eine Aufmerksamkeitsstörung war klinisch nicht festzustellen. Anamnestisch sei von Grübelzwängen und Gedankenkreisen berichtet worden. Sonstige formale Denkstörungen seien nicht erkennbar. Eine inhaltliche Denkstörung sei bei Fokussierung auf die traumatischen Erlebnisse in der Vergangenheit ansonsten nicht diagnostizierbar. Es bestehe kein Anhalt für paranoide Phänomene. Halluzinationen oder Pseudohalluzinationen im engeren Sinn seien nicht zu erheben. Der Beschwerdeführer habe über gewisse Flashbacks und vermehrte Schreckhaftigkeit berichtet. Pathologische Strukturauffälligkeiten der Persönlichkeit seien nicht nachweisbar. Eine sichere Ich-Dysfunktionalität bestehe hinsichtlich der Lebensentfremdung und Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität. Der Versicherte müsse nach seinen Angaben wiederholt seine eigene Stimme hören, um sich seiner Persönlichkeit zu vergewissern. Ausgesprochene Derealisationen bestünden ansonsten nicht. Es gebe deutliche Hinweise für somatoforme Schmerzphänomene und autonome somatoforme Vorgänge bei beschriebenen Abdominal- und Extremitäten schmerzen. Die Willensbildung sei erhalten. Der Antrieb erscheine reduziert, möglicherweise auch wechselhaft. Der Affekt wirke labil, anhedonistisch, unerschwellig auch mit gereizten Impulsen, emotional abweisend und zum Teil resignativ. Impulskontrollstörungen seien möglich. Zum Untersuchungszeitpunkt bestehe kein erhöhter Angstzustand. Zwänge und Phobien seien nicht nachweisbar. Die Realitätsorientierung sei erhalten, die Realitätsanpassung sei eingeschränkt. Eine Motivation für die Rückkehr in eine regelmässige Arbeitstätigkeit sei nicht gegeben (S. 20 ff.)

Vermieden werden sollten nach Angabe der Gutachter Tätigkeiten mit hoher Anforderung an die Flexibilität, Koordination, Aufmerksamkeit und Konzentration sowie mit Anforderung an Teamfähigkeit mit sozialen Fähigkeiten und Schichtarbeit (S. 10).

Übereinstimmend mit dem Attest der D. ___ sei seit dem 16. Januar 2014 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Taxifahrer auszugehen. Vermutlich bestehe seit dieser Zeit auch die gutachterlich attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten. In der Zeit davor hätten möglicherweise Einschränkungen bestanden. Diese seien aufgrund fehlender Dokumentation jedoch nicht versicherungsmedizinisch zu validieren. Über den

weiteren vorgängigen Verlauf könne anhand der Anamnese keine sichere Aussage getroffen werden. Die im Jahr 2003 von Dr. A. ___ bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne jedoch auch unter Einbezug der weiteren beruflichen Vorgeschichte nicht bestätigt werden (S. 11).

Betreffend die Frage nach einem retraumatisierenden Ereignis als Auslöser der PTBS zwischen Einreise und Begutachtungszeitpunkt führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe zwar über eine akute Krisensituation im Jahr 2013 berichtet. Es sei wieder einmal zu einer Auseinandersetzung mit seiner Ehefrau gekommen. Er habe sie dann auch geschlagen. Sie habe ihn beim Gericht angezeigt und er sei für einen Tag inhaftiert worden. Dies habe wieder seine gesamten Ängste und Empfindungen bezüglich seiner früheren Gefängnisaufenthalte reaktiviert. Dieses Ereignis erachtete die Gutachter aber nicht für so gravierend, dass es geeignet gewesen sei, eine Retraumatisierung auszulösen (S. 12).

Nach Angabe der Gutachter erscheine das Alltags-Aktivitätsniveau leicht eingeschränkt, wobei prozentuale Angaben aufgrund der nicht-präzisen Angaben des Versicherten nicht gemacht werden könnten. Der Beschwerdeführer bringe sein Kind in den Kindergarten, erledigt die Einkäufe der Familie mit dem PKW und nehme privat am Strassenverkehr teil. Es bestehe somit kein aufgehobenes Leistungsvermögen im Alltag. Die Frage nach einem ausgewiesenen sozialen Rückzug im Verlauf sei nicht eindeutig zu beantworten (S. 12 f.). Es liege eine schwerwiegende psychische Störung im Sinn einer rezidivierenden depressiven Störung und eine PTBS vor. Die somatoforme Schmerzstörung und die autonome Störung ordneten sich in diese Diagnose ein. Durch Fortführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sei eine weitere Besserung zu erwarten. Die persönliche Invaliditätsüberzeugung des Beschwerdeführers stehe auch im Zusammenhang mit den vorliegenden sozialen Konflikten einer Besserung jedoch entgegen. Der Medikamentenspiegel der eingenommenen Antidepressiva liege im Normbereich (S. 13).

4. 4.1

Nach Lage der medizinischen Akten leidet der Beschwerdeführer an einer PTBS, laut den Gutachtern der Z. ___ AG unter Therapie rückläufig, an einer depressiven Störung, mit im Begutachtungszeitpunkt mittelgradiger depressiver Episode (vgl. auch die vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eingereichte Email der D. ___ -Ärztin Dr. J. ___ vom 2. Dezember

2015 (Urk.

3/4), wonach gegenwärtig eine mittelgradige Episode vorliege) und an einer somatoformen Schmerzstörung. Daneben bestehen erhebliche soziokulturelle Belastungsfaktoren. Im Jahr 2003 fand eine kurze psychiatrische Behandlung statt. Seit Dezember 2013 ist der Beschwerdeführer in ambulanter psychiatrischer Behandlung in der D. ___ mit wöchentlichen Gesprächen und antidepressiver Medikation (Urk. 8/51/16-25 S. 18).

Die Gutachter der Z. ___ AG kamen in ihrer Expertise vom 3. Dezember 2014 zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführer aufgrund der genannten psychiatrischen Diagnosen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer seit dem 19. Januar 2014 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vorliege. In einer an die psychischen Defizite angepassten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung der Gutachter 50 %. Somatische Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liegen nach Angabe der Gutachter keine vor (E. 3.5). 4.2

Vorwegzuschicken ist, dass das Gutachten der Z. ___ AG vom 3. Dezember 2014 (Urk. 8/51/1-15), das nach fachärztlichen Untersuchungen unter Beizug eines Dolmetschers am 6., 14. und 19. November 2014 und in Kenntnis der Akten zustande kam, den Anforderungen an eine beweiswertige medizinische Entscheidungsgrundlage zu genügen vermag (E. 1.5), weshalb auf diese Expertise abgestellt werden kann. Das Gutachten ist zwar relativ kurz, aber plausibel, unter Bezugnahme auf die bisherige Aktenlage begründet und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Es besteht darüber hinaus weitgehend Übereinstimmung mit den Angaben der behandelnden Ärzte. Nachvollziehbar begründet ist die Abweichung zur laut D. ___-Ärzten vollständigen Arbeitsunfähigkeit, wobei namentlich erhebliche soziale Konflikte abgegrenzt werden müssten (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 8C_444/2016 vom 31. Oktober 2016 E. 6.2.3 mit Hinweisen). Nachdem nach Angabe des Beschwerdeführers eine gewisse Stabilisierung eingetreten ist, erscheint es zudem kohärent, dass die Gutachter ebenfalls in Abweichung von den behandelnden Ärzten der D. ___ nicht von einer Chronifizierung ausgingen (vgl. auch die bereits erwähnte Email der D. ___-Ärztin Dr. J. ___ vom 2. Dezember 2015, Urk. 3/4, und die Einschätzung des langjährigen Hausarztes, der von einer wahrscheinlich guten Prognose ausging, E. 3.2). Entgegen dem Vorhalt des Beschwerdeführers (Urk. 1 Ziff. 9) verneinten die Gutachter sodann eine Retraumatisierung nach Einreise in die Schweiz in Kenntnis der massgebenden Umstände (namentlich des Überfalls durch einen Fahrgast im Jahr 2011, Urk. 8/51/16-25 S. 18 und 23, und der eintägigen Haft im Jahr 2013). 4.3

Zu diskutieren ist indes die sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite der gutachterlichen Einschätzungen mit Bezug auf einen Rentenan spruch , wie dies bereits die Beschwerdegegnerin tat (Urk. 8/71 S. 2 f.), da den medizinischen Experten bei der Beurteilung, wie sich die erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt (BGE 140 V 193 E. 3.2, Urteil des Bundesgerichts 9C_106/ 2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). Ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten an hand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist eine frei überprüf bare Rechts frage (BGE 141 V 281 E. 7 ; vgl. grundsätzlich zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit BGE 140 V 193). Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht, indem an die zuerst erfolgende ärzt liche Stellungnahme eine – freie – juristische Beurteilung der noch zumut baren Arbeitsleistung anschliesst (BGE 141 V 281 E. 5.2). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abge wichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliert (das

zur Publika tion vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_814/2016 vom 3. April 2017 E. 5.3.5 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer geht somit fehl in der An nahme, die Indikatorenprüfung habe durch eine medizinische Fachperson zu erfolgen (Urk. 1 Ziff. 5). 4.4

Mit Bezug auf die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegen wärtig mittelgradige Episode, die bei der attestierten Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund zu stehen scheint, ist nach Massgabe der bundesgerichtlichen Vorgaben (E. 1.4) ein invalidisierender Gesundheits schaden mangels eines langen chronifizierten, therapeutisch nicht (mehr) angeh bar en Krankheitsgeschehens

zu verneinen. Laut Gutachten liegt keine Chronifizierung vor. Es wurden auch noch nicht alle therapeutischen Möglichkeiten, wie etwa ein stationärer Aufenthalt, ausgeschöpft. 4. 5
4.5.1

Zu berücksichtigen ist mit Blick auf die Diagnosen einer PTBS, in welche sich nach Angaben der Gutachter die somatoforme Schmerzstörung und autonome Störung einordnen, zudem die bundesgerichtliche Rechtsprechung zu somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (E. 1. 3).

Die Prüfung der Standardindikatoren ist vorliegend mit den vorhandenen Akten und namentlich der Expertise der Z. ___ AG vom 3. Dezember 2014 möglich, weshalb – obwohl das Gutachten nach altem Verfahrensstandard eingeholt wurde – keine weiteren Abklärungen angezeigt sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 zur intertemporalen Rechtslage).

4.5.2

Vorwegzuschicken ist, dass keine Hinweise für Aggravation oder Simulation vorliegen (vgl. namentlich Urk. 8/51/26-31 S. 29).

Mit Bezug auf den Komplex „Gesundheitsschädigung“ gingen die Gutachter von einer schwerwiegenden psychischen Störung im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung und einer PTBS aus (E. 3.5 letzter Absatz). Eine Retraumatisierung durch Ereignisse in der Schweiz erachteten die Gutachter als nicht gegeben. Entscheidend ist, dass die Therapie nach Angabe des Beschwerdeführers bereits eine gewisse Besserung bewirkte und laut den Gutachtern durch Fortführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung eine weitere Besserung zu erwarten ist (wobei sich die vollständige Invaliditätsüberzeugung und die sozialen Belastungsfaktoren ungünstig auswirken; Urk. 8/51/1-15 S. 13). Gemäss BGE 141 V 281 gelten Behandlungserfolg oder -resistenz bei somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden als wichtige Schweregradindikatoren (Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15.

März

2017 E.

4.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Da auch die Ausprägung der von der psychiatrischen Gutachterin beschriebenen Befunde nicht besonders stark zu Tage tritt und zudem keine wesentlichen somatischen Begleiterkrankungen vorliegen, erscheint die Gesundheitsbeeinträchtigung insgesamt nicht als in besonderem Mass ausgeprägt.

An Ressourcen verfügt der Beschwerdeführer sodann über seine als differenziert beschriebene Wesensart und seine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz. Limitierend wirken sich die schwierige private Situation und Assimilationsprobleme aus.

Bezüglich Konsistenz fällt auf, dass die Auskünfte des Beschwerdeführers zu seinem Tagesablauf sehr vage blieben. Nach Angaben der Gutachter erscheine der Beschwerdeführer im Alltags-Aktivitätsniveau leicht eingeschränkt, wo bei prozentuale Angaben aufgrund der nicht präzisen Auskünfte des Beschwerdeführers nicht gegeben werden könnten. Der Beschwerdeführer stehe zwischen sieben Uhr und sieben Uhr dreissig auf, trinke einen Kaffee und nehme gegebenenfalls Medikamente ein. Er mache den Sohn bereit und bringe ihn in den Kindergarten. Dann komme er zurück und kaufe etwas ein. Oft sei er aber auch wieder erschöpft und lege sich ein bisschen hin. Das Kind sei den ganzen Tag im Kindergarten, so dass zu Hause alleine Mittag gegessen werde, jedoch jeder für

sich. Der weitere Tagesverlauf bleibe unklar. Der Beschwerdeführer unterhält wenige, aber doch, Kontakte zu Landsleuten, wenn auch keine Freundschaften. Er fährt Auto, nimmt am Strassenverkehr teil und erledigt die ausserhäuslichen Einkäufe (Urk. 8/51/1-15 S. 12 und S. 19). Laut den Angaben gegenüber den Ärzten der D. ___ lebt ein Bruder, der ihn auch zur Heirat gedrängt habe, in der Schweiz (Urk. 8/31/7). Dem Z. ___ AG-Gutachten ist demgegenüber zu entnehmen, dass er zwei Brüder und zwei Schwestern gehabt habe und beide Brüder durch das Hussein-Regime hingerichtet worden seien (Urk. 8/51/16-25 S. 17).

Es ist somit erstellt, dass die konkreten Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Aktivitäten – mit Ausnahme der durch die schwierige Situation der Eheleute bedingten Problematik – keine besonderen Auffälligkeiten zeigen. Der weitere Tagesablauf und die sozialen Kontakte bleiben indes trotz mehr fachem Befragen der Gutachter (S. 19, vgl. auch die Angabe im rheumatologischen Teilgutachten, wonach der Beschwerdeführer auf Insistieren bestätigt habe, ab und zu fern zu sehen, Urk. 8/32-36 S. 33) unklar, weshalb eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht als erstellt angesehen werden kann. Schliesslich nahm der Beschwerdeführer laut den Angaben im Gutachten zwar die Behandlungstermine in der D. ___ wahr und zusätzlich eine antidepressive Medikation ein. Er tat dies indes mässig motiviert und erkundigte sich bei der Gutachterin, wie lange die Behandlung noch notwendig und ob diese wichtig sei (Urk. 8/51/16-25 S. 18 und 21). Der behandlungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck erscheint insgesamt als ambivalent. Ein eingliederungsanamnestischer Leidensdruck ist beim sich selbst als vollständig invalid bezeichnenden Beschwerdeführer nicht auszumachen. 4.5.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten 50%igen Arbeitsunfähigkeit

nicht schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Die Folgen einer Beweislosigkeit trägt angesichts der rechtsgenügenden Abklärungen der Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführer (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 4.6

Betreffend die in der Beschwerdebegründung beantragten beruflichen Massnahmen zur Stabilisierung und Erweiterung der Erwerbsfähigkeit (Urk. 1 Ziff. 20), ist abschliessend zu bemerken, dass sich der Beschwerdeführer – wie im Gutachten mehrfach erwähnt – als vollständig arbeitsunfähig erachtete und eine verfestigte Invaliditätsüberzeugung vorlag. Ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen bestand somit bereits unter dem Gesichtspunkt des fehlenden Eingliederungswillens nicht, weshalb die Beschwerde auch in dieser Hinsicht abzuweisen ist.

Sollte der Beschwerdeführer seine Haltung ändern und an einer Eingliederungsmassnahme teilnehmen wollen, steht es ihm frei, sich bei der IV-Stelle wieder anzumelden, zumal der Rentenanspruch Invalidität voraussetzt (E. 1.1-1.2) während Eingliederungsmassnahmen bereits bei von Invalidität bedrohten Versicherten angezeigt sein können (Art. 8 IVG) und in erster Linie im Zusammenhang mit einer bestimmten Eingliederungsmassnahme festgelegt werden muss, was inhaltlich in Bezug auf die Invalidität erforderlich ist (vgl. dazu Silvia Bucher, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, Bern 2011, S. 64 f. Rz 101 und Rz 103-104). Dem Versicherten steht entsprechend die Möglichkeit offen, sich erneut zum Bezug von beruflichen Massnahmen anzumelden. 5. 5.1

Da die Voraussetzungen erfüllt sind (§ 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer; betreffend Mittellosigkeit vgl. Urk. 3/3), ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss (Urk. 1 S.

2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. 5.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- fest zu setzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzulegen, infolge der mit heutigem Beschluss bewilligten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hin zu weisen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 10. Dezember 2015 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 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 GSVGer hingewiesen. 3.

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

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

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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