

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00657 vom 21. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00657

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00657 du 21 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00657 del 21 settembre 2016

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 zu dem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 1.3.1

Die Dysthymie ist zwar nicht den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen oder vergleichbaren psychosomatischen Leiden zuzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 8C_643/2015 vom 18. Dezember 2015 E. 5.2.1). Nach der Rechtsprechung ist die mit BGE 130 V 352 begründete (und mit BGE 141 V 281 geänderte) Rechtsprechung zum invalidisierenden Charakter somatoformer Schmerzstörungen jedoch analog auch bei einer psychiatrisch diagnostizierten Dysthymie anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 8C_327/2011 vom 12. August 2011 e. 3.3.1; SVR 201 1 IV Nr. 17 S. 44, 9C_98/2010). Bei Dysthymie

handelt es sich um eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (ICD-10 F34.1). Gemäss der Rechtsprechung wurde eine Dysthymie

denn auch verschiedentlich den jeweiligen Umständen nach als nicht invalidisierend beurteilt (Urteile des Bundesgerichts I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1; I

938/05 vom 24. August 2006, E. 4.1 und E. 5; I 834/04 vom 19. April 2006, E. 4.1; I 488/04 vom 31. Januar 2006, E. 3.3). Diese Schlussfolgerung, die sich auf medizinische Empirie abstützt und damit eine Rechtsfrage darstellt, ist freilich nicht absolut zu setzen; eine dysthyme Störung kann die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt (Urteile

des Bundesgerichts I 649/06 vom 13. März 2007 E. 3.3.1; 8C_623/2013 vom 11. März 2014 und 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2) . Findet sich im Psychostatus indes nur eine Dysthymie , so kann das wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. Diese Grundsätze wurden durch die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 nicht relativiert (Urteil des Bundesgerichts 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E 3.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_162/2015 vom 30. September 2015 E. 3.3.3).

E. 1.3.2

Eine posttraumatische Belastungsstörung entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen einer posttraumatischen Belastungsstörung assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung über (Horst Dilling /Werner Mombour / Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.; zur Publikation vorgeesehenes Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.1). Progrediente Entwicklungen widersprechen indes dem zu erwartenden degressiven Charakter posttraumatischer Störungen. Bei diesem Krankheitsbild bedarf indes die Herleitung und Begründung der Diagnose ein besonderes Augenmerk. Wenn das auslösende Trauma allein durch die subjektiven Angaben und Schilderungen der betroffenen Person belegt wird, lässt sich ein entsprechender Nachweis in aller Regel nicht ohne weiteres erbringen (Urteile des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.2 und 9C_687/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2). Des Weiteren erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung einer eingehenden Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2015 E. 3.3.3 mit weiteren Hinweisen), wobei ein nur gelegentliches Auftreten von Flashbacks oder Alpträumen nicht genügt, um eine posttraumatische Belastungsstörung zu begründen. Da es sich dabei um ein schwer

fassbares, rein subjektives, nicht objektivierbares und unspezifisches Krankheitsbild handelt, ist in Zusammenhang mit der Diagnosestellung insbesondere auf Auschlussgründe (Aggravation und dergleichen) zu achten. Eine posttraumatische Belastungsstörung kann sich daher nur unter den für somatoforme Schmerzstörungen geltenden Voraussetzungen (BGE 141 V 281 E. 4.2) invalidisierend auswirken (Urteile des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.3; 8C_375/2014 vom 10. Februar 2015 E. 3.2 und 8C_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 4.2-3 mit Hinweisen) und es ist bei der Beurteilung der Frage nach den Auswirkungen der Störung auf das Leistungsvermögen beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit ein strukturiertes Beweisverfahren unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 E. 4.1.3 durchzuführen (Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2015 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.3).

E. 1.4

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. 1.5

Der Anspruch auf Umschulung setzt voraus, dass die versicherte Person wegen der Art und Schwere des Gesundheitsschadens im bisher ausgeübten Beruf und in den für sie ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinkunftslosigkeit von etwa 20 % erleidet, wobei es sich um einen blossen Richtwert handelt (BGE 124 V 108 E. 2a und b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 488 E. 4.2; AHV 2000 S. 27 E. 2b und S. 62 E. 1 je mit Hinweisen).

E. 1.6

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

Der Versicherte erhob am 8. Juni 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen (S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 28. Juli 2016 (Urk. 7) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, wovon dem Beschwerdeführer am 15. August 2016 eine Kopie zugestellt wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Im Folgenden ist der für die Invaliditätsbemessung massgebende medizinische Sachverhalt zu prüfen.

E. 2.2

Die Ärzte der B.____ erwähnten in ihrem Gutachten vom 14. Oktober 2013 (Urk. 8/96/1-23), dass der Beschwerdeführer am 21. Juni 2013 psychiatrisch und am 4. Juli 2013 neurologisch untersucht worden sei (S. 3) und stellten die folgenden Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; S. 5): - Dysthymie - c hronisches Kopfschmerzsyndrom mit :

- chronischem Spannungskopfschmerz - Migräne ohne Aura - möglicher Analgetika-induzierter Komponente

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht an einem vermutlich auf Grundlage einer Migräne bestehenden Kopfschmerzsyndrom leide, welches sich symptomatisch als Spannungskopfschmerz äussere. Möglich erweise liege zusätzlich eine durch die übermässige Einnahme von Schmerzmitteln bedingte Komponente vor. In psychiatrischer Hinsicht sei die anamnestisch gestellte Diagnose einer längeren depressiven Reaktion leichten Grades in eine Dysthymie übergegangen (S. 5). Auf Grund der Kopfschmerzsymptomatik sowie der milden affektiven Erkrankung im Sinne einer Dysthymie bestehe ein erhöhter Erholungsbedarf und somit die Notwendigkeit, vermehrt Pausen einzulegen. Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Küchenhilfe und Hilfskoch als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus neurologisch-psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt mit 80 % (S. 6).

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung hätten eine unerklärlich tiefe Leistung bei der detaillierten Prüfung von kognitiv-mnestischen Fähigkeiten und fehlende Angaben über die Tagesgestaltung beziehungsweise deren Widersprüchlichkeit die Frage nach einer funktionellen Ausgestaltung der Beschwerden und diejenige nach einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung aufgeworfen. Die Anhaltspunkte für eine fehlende Authentizität der Beschwerden ergäben sich aus Diskrepanzen zwischen Schilderungen und dem objektiven Befund, diskrepanten, teilweise nicht nachvollziehbaren Angaben und einem direktem Weigern, relevante Angaben zu tätigen (S. 16). Sodann habe die ergänzende Psychodiagnostik Anhaltspunkte für eine Aggravation beziehungsweise Simulation ergeben (S. 13). Die Hinweise auf eine nicht authentische Beschwerdeschilderung seien indes nicht im Sinne einer bewussten Simulation oder Aggravation sondern im Sinne einer starken Identifikation mit der Krankenrolle zu verstehen (S. 14). Der Beschwerdeführer könne sich noch daran erinnern, als die C.____ Armee im Jahre 1987 in D.____ auf Menschen geschossen habe und Menschen mit Messern geschnitten habe. Auch könne er sich an Bombardements der C.____ Armee erinnern. Bilder zu den damaligen Ereignissen tauchten bei ihm nicht spontan auf, sondern nur wenn er im Fernsehen Beiträge über den Bürgerkrieg sehe oder in der Zeitung einen Artikel darüber lese. Bisweilen kämen die Erinnerungen auch hoch, wenn er alleine zu Hause sei oder wenn er an sein Heimatland denke. Die Beschäftigung damit sei indes ausschliesslich gedanklicher Natur und er habe nicht das Gefühl, dass er die Vorgänge von damals erneut erlebe. Als er noch in D.____ gelebt habe, sei er einmal zusammen mit anderen Kindern in den Gewahrsam der Armee genommen worden. Nachdem sein Vater davon Kenntnis erhalten habe, sei er nach wenigen Stunden zu dem Orte, an dem er festgehalten worden sei, gekommen, worauf er sofort freigelassen worden sei. Irgendwelche Misshandlungen habe er nicht erlebt (S. 12).

In diagnostischer Hinsicht sei auf Grund der langen Dauer der depressiven Reaktion leichten Grades eine Dysthymia zu diagnostizieren. Zur Entwicklung einer depressiven

Episode sei es bis anhin nicht gekommen. Obwohl der Beschwerdeführer Zeuge massiver Gewalt geworden sei und einige Symptome, welche an eine posttraumatische Belastungsstörung erinnern, geschildert habe, sei eine posttraumatische Belastungsstörung nicht zu diagnostizieren. Eine solche habe auch in der Vergangenheit nie vorgelegen (S. 15). In psychischer Hinsicht werde der Beschwerdeführer durch eine leichte Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit im Umfang von 20 % in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (S. 16).

In neurologischer Hinsicht sei davon auszugehen, dass als Grunderkrankung vermutlich eine Migräne ohne Aura vorliege, welche chronifiziert

sei und sich aktuell phänomenologisch als Spannungskopfschmerz äussere. Zusätzlich bestehe eine Analgetika-induzierte Kopfschmerzkomponente (S. 22). Aus neurologischer Sicht

werde der Beschwerdeführer durch einen vermehrten Pausenbedarf und eine Exazerbation der Schmerzattacken bei der Ausübung schwerer Tätigkeiten in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die gegenwärtig ausgeübte Tätigkeit als Hilfskoch sowie die Ausübung leichter bis mittelschwerer Verrichtungen seien dem Beschwerdeführer im Umfang von 80 % zuzumuten. Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihm indes nicht mehr zuzumuten (S. 23).

E. 2.3

Mit Bericht vom 23. Juli 2014 (Urk. 8/123) nahmen die Ärzte der B. ___ ergänzend zu ihrem Gutachten vom 14. Oktober 2013 Stellung und erwähnten, dass von einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 20 % seit dem 13. Dezember 2011 auszugehen sei. Anlässlich der Begutachtung hätten sich gewisse kognitive Einbußen gezeigt, welche nicht mit dem objektiven Befund, der erhobenen Anamnese und der Psychodiagnostik übereinstimmten. Ein speziell hinsichtlich Aggravation und Simulation entwickeltes Testverfahren habe ein positives Resultat ergeben. Da eine neuropsychologische Testung in sehr hohem Masse von der Mitarbeit eines Exploranden abhängig ist, sei bei den festgestellten starken Hinweisen auf eine (unbewusste) Beschwerdeverdeckung bei starker Identifizierung mit der Krankenrolle auf eine neuropsychologische

Begutachtung verzichtet worden (S. 2).

E. 2.4

Dr. med. E. ___, Fachärztin für Neurologie, und Prof. Dr. phil. F. ___, Neuropsychologin, erwähnten in ihrem Bericht vom 24. März 2014 (Urk. 8/128), dass die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 17. März 2014 Hinweise auf eine Pseudodemenz im Rahmen einer depressiven Erkrankung, jedoch keine Hinweise auf eine fokale Hirnleistungsschwäche oder auf eine beginnende neurodegenerative Erkrankung ergeben hätten. Der Beschwerdeführer habe bei der Prüfung der kognitiven Funktionen meist unterdurchschnittlich abgeschlossen und die Aufgaben meist vorzeitig abgebrochen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus fachpsychiatrischer Sicht zu beurteilen (S. 2).

E. 2.5

Am 30. Januar 2015 nahmen die

Ärzte der B. ___

zum Bericht von Dr. E.____ und Prof. F.____ vom 24. März 2014 Stellung und erwähnten, dass die durch Dr. E.____ und Prof. F.____ durchgeführte verhaltensneurologische Abklärung zwar vordergründig auffallende Befunde ergeben habe, dass dabei jedoch auch ein deutlicher Hinweis auf eine Aggravation festgestellt worden sei. Dieser Umstand decke sich mit den deutlichen Hinweisen auf eine Aggravation, welche sich anlässlich der Begutachtung gezeigt hätten. Unter diesen Voraussetzungen sei eine neuropsychologische Untersuchung nicht zielführend, da von einer solchen bei einer Aggravation keine validen Ergebnisse zu erwarten seien (Urk. 8/137).

E. 2.6

Die Ärzte der G.____ erwähnten in ihrem Bericht vom 8. Mai 2015 (Urk. 8/147), dass der Beschwerdeführer in der Zeit vom 14. April 2015 bis 8. Mai 2015 durch sie psychiatrisch behandelt worden sei und diagnostizierten eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Auf Grund der fehlenden Behandlung seit der Flucht in die Schweiz im Jahre 1989 könnte auch eine andauernde Persönlichkeitsänderung vorliegen (S. 1). Der Beschwerdeführer sei im Alter von 17 Jahren einen Monat lang in einem Gefängnis der C.____ Armee festgehalten worden. Während dieser Zeit sei er Opfer und Zeuge von Folter geworden. Bis heute bestünden anhaltende Erinnerungen (flash

backs), die der Beschwerdeführer zu vermeiden versuche. Seiner Ehefrau habe er aus Scham noch nie erzählt, was er im Gefängnis erlebt habe. Da bis anhin noch keine Diagnose einer PTBS gestellt worden sei, seien weitere psychiatrische Abklärungen in einem spezialisierten Ambulatorium für Kriegs- und Folteropfer angezeigt (S. 2).

E. 2.7

Mit Bericht vom 17. September 2015 (Urk. 8/154) nahmen die Ärzte der B.____ zum Bericht der Ärzte der G.____ vom 8. Mai 2015 Stellung und erwähnten, dass anlässlich der Begutachtung vom 14. Oktober 2013 die Diagnose einer PTBS nicht gestellt werden können, dass die Verhaltensbeobachtung anlässlich der Abklärung durch die Ärzte der G.____ jedoch von Bedeutung und dass eine Abklärung durch ein auf Kriegs- und Folteropfer spezialisiertes medizinisches Fachzentrum zu begrüssen sei (S. 1).

E. 2.8

Die Ärzte des H.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sprechstunde für Migration, diagnostizierten mit Bericht vom 2. Oktober 2015 (Urk. 8/155/2-8) eine schwere PTBS und eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und führten aus, dass beim Beschwerdeführer klinisch, psychometrisch und fremdanamnestic die Kernsymptome einer schweren PTBS festzustellen seien. Diese sei durch eine kriegsbedingte Bedrohung seit der Kindheit und durch eine schwere psychische und physische Folter im jungen Erwachsenenalter verursacht worden. Da der Beschwerdeführer nach seiner Flucht in die Schweiz über einen längeren Zeitraum ein hohes berufliches und soziales Funktionsniveau gezeigt habe, sei von einer delayed

onset

PTBS auszugehen (S. 1). Anlässlich eines Telefongesprächs mit der den Beschwerdeführer behandelnden Ärztin der G.____ vom 9. Juli 2015 habe diese angegeben, dass die Verdachtsdiagnose einer PTBS mehrheitlich indirekt gestellt worden sei (S. 6).

Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass das Haus seiner Familie in D.____ im Rahmen ethnischer Konflikte während seiner Kindheit angezündet worden sei. Zudem sei er im

Alter von 17 Jahren auf dem Weg zur Schule oder zur Kirche von Soldaten verhaftet und in eine Kaserne abgeführt worden. Dort habe man ihn und weitere Männer in einem Raum festgehalten und gefoltert, um Schuldgeständnisse aus ihnen herauszupressen. Die Folter habe vier bis fünf Tage gedauert. Sein Vater habe anschliessend seine Entlassung veranlasst. Wenige Tage nach seiner Freilassung sei er jedoch erneut von Soldaten zu Hause gesucht worden. Als sie ihn nicht angetroffen hätten, hätten sie statt dessen seine Schwester mitgenommen. Diese sei nach rund 10 Tagen wieder freigelassen worden, infolge von während der Haft erlittener Folter und Verge waltung jedoch psychisch erkrankt. In der Schweiz habe er sich im Jahre 2004 selbständig gemacht und ein Restaurant eröffnet. Leider sei es finanziell nicht gut gelaufen, weshalb er ab April 2006 erneut eine Stelle in einer Pizzeria angenommen habe und daneben mit Hilfe seiner Frau versucht habe, das Restaurant am Laufen zu halten. Im Jahre 2007 habe er sein Restaurant schliessen müssen. Im Rahmen der schwierigen Geschäftssituation hätten die Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse in D.____, die ihn stets begleitet hätten, zunehmend belastenderen Charakter angenommen. Im Jahr 2006 hätten auch die Kopfschmerzen eingesetzt, im Jahr 2008 hätten die Depressionen eingesetzt, worauf er ab 2009 seine Arbeit gänzlich habe aufgeben müssen. Bis zum Verlust seines Geschäftes sei es ihm durch die dauernde Beschäftigung gut gegangen, allerdings habe er schon damals an Intrusionen gelitten, wenn er nicht abgelenkt gewesen sei. Den plötzlichen massiven Leistungsknick erkläre er sich dadurch, dass der finanzielle Verlust für seine Ehre eine grosse Schmach sei, und dass die Krankheit der Schwester und der Krieg in D.____ ihn stark belastet hätten (S. 7). Er stehe morgens meist ungefähr um neun Uhr auf, praktiziere während rund einer Stunde Yoga, schaue fern und gehe hinaus, um zu laufen. Nach dem Mittagessen lege er sich schlafen und gehe dann wieder hinaus oder ins Schwimmbad (S. 8). 3. 3.1

Den obenerwähnten medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass die beteiligten Ärzte den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers teilweise unterschiedlich beurteilten. Während die Ärzte der B.____ in ihrem Gutachten vom 14. Oktober 2013 (vorstehend E. 2.2) davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer unter Kopfschmerzen und unter leichten depressiven Symptomen im Sinne einer Dysthymie leide und eine PTBS verneinten, diagnostizierten die Ärzte der G.____ am 8. Mai 2015 (vorstehend E. 2.6) und die Ärzte des H.____ in ihrem Bericht vom 2. Oktober 2015 (vorstehend E. 2.8) eine PTBS. Während die Ärzte des H.____ feststellten, dass der Beschwerdeführer angegeben habe, dass die C.____ Armee im Jahre 1987 in D.____ auf Leute geschossen und verletzt habe, und dass er einmal mit anderen Kindern von der Armee für einige wenige Stunden in Gewahrsam genommen worden und anschliessend wieder freigelassen worden sei, ohne Misshandlungen erlebt zu haben, stützen sich die Ärzte des H.____ in ihrer Beurteilung vom 2. Oktober 2015 (vorstehend E. 2.8) bei der Diagnose einer PTBS auf inhaltlich abweichende Angaben des Beschwerdeführers, wonach er, als er in D.____ im Alter von 17 Jahren von Soldaten verhaftet und in einer Kaserne festgehalten worden sei, zusammen mit weiteren Männern während eines Zeitraums von vier bis fünf Tagen gefoltert worden sei, und wonach wenige Tage nach seiner eigenen Freilassung auch seine Schwester verhaftet und während

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus gleichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 6.2

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns massgebend. Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben; allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen müssen bis zum Verfügungszeitpunkt berücksichtigt werden (BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3).

E. 6.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen).

E. 6.4

Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierte Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte (Tabellenlöhne) abzustellen (vgl. AHI 1999 S. 240 E. 3b), wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mit zu berücksichtigen sind (AHI 1999 S. 237, E. 3; Urteile des Bundesgerichts 8C_163/2008 vom 8. August 2008 E. 3.2.1, 9C_868/2013 vom 24. März 2014 E. 4.2.2, 9C_210/2011 vom 21. April 2011 E. 3.2.1.2). Nach der Rechtsprechung können die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heran gezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40

Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E.

4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

E. 6.5

Da vorliegend der frühestmögliche Rentenbeginn im Jahre 2010 liegt (vgl. vorstehend E. 5.1), sind beim Einkommensvergleich die Verhältnisse dieses Jahres massgebend. Da die vom Beschwerdeführer vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübte Arbeitstätigkeit bei der Pizzeria Z.____ aufgrund der Schliessung des Restaurants aufgegeben werden musste (Urk. 8/12/9), und da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden weiterhin als Koch beziehungsweise als Hilfskoch tätig gewesen wäre, ist vorliegend bei der Bemessung des Valideneinkommens

auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte (Tabellenlöhne) in der Wirtschaftsabteilung Gastronomie abzu stellen. Sodann ist, da der Beschwerdeführer über keine in der Schweiz anerkannte Berufsausbildung verfügt, bei der Bestimmung des Valideneinkommens auf den Durchschnittslohn (Zentralwert) für Männer für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4 der LSE 2010, Tabelle TA1, privater Sektor Schweiz 2010) in der Gastronomie (Wirtschaftsabteilung 56) abzu stellen. Ausgehend vom Tabellenlohn von Fr. 3'895. resultiert bei einer betriebsüblichen Wochenarbeitszeit in der Gastronomie im Jahre 2010 von 42.2 Stunden (www.bfs.admin.ch) und bei einem Beschäftigungsgrad von 100 %

ein Valideneinkommen von rund Fr. 49 '311 -- (Fr. 3'895.-- x

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).

E. 10

für die Diagnose einer PTBS (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V, Dilling / Mombour /Schmidt [Hrsg.], 9. Aufl., Bern 2014, S. 207 f.) entsteht eine solche als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Zusätzlich zum Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses im Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks) auftreten. 3.4

3.4.1

Eine PTBS setzt sodann voraus, dass sie mit einer Latenz von wenigen Wochen bis Monaten, in der Regel nach höchstens sechs Monaten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2013 vom 25. Februar 2014 E. 4.3.2) nach einem Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischem Ausmass auftritt. Prädisponierende Faktoren können die Schwelle zur Entwicklung dieses Syndroms zwar senken und den Verlauf erschweren, sind aber weder notwendig noch ausreichend, um dessen Auftreten erklären zu können (Dilling / Mombour /Schmidt a.a.O.). Gemäss der Fachliteratur kann indes in gewissen Fällen die Symptomatik einer PTBS erst mit

erheblicher, zum Teil mehrjähriger Ver zögerung auftreten (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 E. 4.1.2), weshalb die Diagnose einer PTBS

nicht von vornherein bloss aufgrund der Latenz ver worfen werden darf (Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.3.3). Das Bundesgericht hat in einem Fall aus dem Jahre 2013 (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4) indes erwogen, dass bei einer zwischen Trauma und psychischer Dekompensation liegende n Zeitspanne von rund 20 Jahren, während welcher der Versicherte nicht nur einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachging, sondern unter anderem auch eine Familie gründete, die teilweise widersprüchlichen , subjektiven Angaben des Versicherten

zu traumatischen Erlebnissen (Folter während Haft in der Türkei) allein, bei sonst gänzlich fehlenden objektivierbaren Anhaltspunkten, nicht genügten , um ein schweres, zur um viele Jahre verzögerten Auslösung einer PTBS geeignetes Trauma als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen. 3.4.2

Der vorliegende Sachverhalt ist vergleichbar mit demjenigen, welcher dem Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 zu Grunde lag. Gemäss den gegenüber den Ärzten des H.____ getätigten Angaben des Beschwerdeführers habe sich das traumatisierende Ereignis im Jahre 1987, als der Beschwerdeführer 17 Jahre alt gewesen sei, ereignet. Zu einer psychischen Dekompensation sei es gemäss der Beurteilung durch die Ärzte des H.____ indes erst nach der Schliessung des vom Beschwerdeführer geführten Restaurants im Jahre 2007 gekommen (vorstehend E. 2.8). Zwischen dem Trauma und der psychischen Dekompensation liegt daher eine verhältnismässig lange Zeitspanne von zwanzig Jahren. Während dieser Zeit ging der Beschwerdeführer in der Schweiz einer vollzeitlichen Erwerbs tätigkeit nach und gründete eine Familie. In den Akten fehlen sodann obje ktivier bare Anhaltspunkte, dass sich das traumatische Ereignis tatsächlich so zugetra gen hat, wie dies der Beschwerdeführer gegenüber den Ärzten des H.____ angegeben hat. Zudem fehlen objektivierbare Anhalts punkte, dass der Beschwerdeführer während der langen Latenzzeit von zwanzig Jahren unter erheblichen, wiederholten unausweich lichen Erinnerungen oder Wiederinszenierung des traumatischen Ereignisses gelitten hätte. 3.4.3

Unter diesen Umständen genügen die teilweise widersprüchlichen subjektiven Angaben des Beschwerdeführers mit Blick auf die zwischen Trauma und psy chischer Dekompensation liegende lange Latenzzeit von rund 20 Jahren vorlie gend allein nicht , um bei sonst gänzlich fehlenden objektivierbaren Anhalts punkten

ein schweres, zu einer um viele Jahre verzögerten Auslösung einer PTBS geeignetes Trauma als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Demnach fehlt es daher auch insofern an einer rechtsgenügelichen Grundlage zur Annahme einer invalidisierenden PTBS . Die Folgen der Beweislosigkeit wir ken sich zu Lasten des Beschwerdeführers aus (Urteile des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4, 9C_1014/2012 vom 8. Mai 2013 und 9C_1026/2012 vom 1 3. Februar 2013). 4. 4.1

Die Beurteilungen durch die Ärzte der G.____ vom 8. Mai 2015 (vorstehend E. 2.6) und der Ärzte des H.____ vom 2. Oktober 2015 (vor stehend E. 2.8), welche ohne Kenntnis der medizinischen Vorakten ausschliess lich auf Grund subjektiver Angaben und Schilderungen des Beschwerdeführers ein traumatisches Ereignis genügender Schwere, um eine PTBS auszulösen als nachgewiesen erachteten, und auf dieser Grundlage die Diagnose einer PTBS stellten, vermögen nicht zu überzeugen, sodass darauf vorliegend nicht abge stellt werden kann. 4.2

Nicht abgestellt werden kann vorliegend sodann auf die Stellungnahme der Ärzte der B.____ vom 17. September 2015 (vorstehend E. 2.7), worin sich diese zum Bericht der Ärzte der G.____ vom 8. Mai 2015 äusserten und die Meinung vertraten, dass eine Abklärung der PTBS durch ein auf Kriegs- und Folteropfer spezialisiertes medizinisches Fachzentrum angezeigt sei. Denn, wie bereits erwähnt (vorstehend E. 3.3 und 3.4.3), fehlt es vorliegend bereits an einer rechtsgenügenden Grundlage zur Annahme einer PTBS. 4.3

Das bidisziplinäre Gutachten der Ärzte der B.____ vom 14. Oktober 2013 (vorstehend E. 2.2) erfüllt hingegen sämtliche nach der Rechtsprechung für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage vorausgesetzten Kriterien (vgl. vorstehend E. 1.6). Denn die Gutachter verfügten als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie über die für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers angezeigten fachmedizinischen Aus- und Weiterbildungen. Sie hatten zudem Kenntnisse sämtlicher medizinischer Vorkenntnisse, setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten die gezogenen Schlüsse in nachvollziehbarer Weise.

Insbesondere vermag zu überzeugen, dass die Gutachter eine PTBS ausschlossen und in psychischer Hinsicht davon ausgingen, dass die anamnestisch bestehende längerdauernde depressive Reaktion I. Grades in eine Dysthymie übergegangen sei. Zu überzeugen vermag sodann, dass die Gutachter davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht unter Kopfschmerzen im Sinne einer chronifizierten Migräne ohne Aura, welche sich als Spannungskopfschmerz äussere, sowie einer Analgetika-induzierten Kopfschmerzkomponente leide. Der nachvollziehbaren Beurteilung durch die Ärzte der B.____ vom 14. Oktober 2013 kommt daher Beweiswert zu und es kann vorliegend darauf abgestellt werden. 4.4

Des Weiteren vermag zu überzeugen, dass die Gutachter der B.____ davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer auf Grund eines durch die Kopfschmerzsymptomatik

und die Dysthymie

verursachten erhöhten Erholungs- und Pausenbedarfs

in seiner Arbeitsunfähigkeit eingeschränkt werde und dass ihm aus somatischen und psychischen Gründen die Ausübung der bisherigen Tätigkeit als Hilfskoch sowie die Ausübung behinderungsangepasster, körperlich mittelschwerer Tätigkeiten im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten seien. Daran ändert nichts, dass die Gutachter der B.____ in psychischer Hinsicht ausschliesslich eine Dysthymie diagnostizierten. Denn obwohl es sich nach der erwähnten Rechtsprechung (vorstehend E. 1.3.1) bei einem ausschliesslich eine Dysthymie umfassenden Psychostatus in der Regel nicht um einen invalidisierenden Gesundheitsschaden handelt, begründeten die Gutachter der B.____ vorliegend in überzeugender Weise, dass der Beschwerdeführer sowohl aus somatischen als auch psychischen Gründen insgesamt im Umfang von 20 % in der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit und in der Ausübung behinderungsangepasster Tätigkeiten beeinträchtigt werde, weshalb darauf abgestellt werden kann. 5. 5.1

Gestützt auf die nachvollziehbare Beurteilung durch die Ärzte der B.____ vom 14. Oktober 2013 (vorstehend E. 2.2) ist daher davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer die Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit als Koch beziehungsweise Hilfskoch sowie die Ausübung behinderungsangepasster, körperlich mittelschwerer Tätigkeiten seit März 2010

(vgl. Urk. 8/96/7) im Umfang eines Arbeitspensums von 80 % zuzumuten sind. Für die Zeit zuvor herrscht Beweislosigkeit, die sich zulasten des Beschwerdeführers auswirkt. 5.2

Die Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Dem Beschwerdeführer ist insbesondere nicht zu folgen, wenn er geltend macht, dass auf das Gutachten der Ärzte der B.____ nicht abzustellen sei, weil diese Ärzte zu Unrecht nicht erkannt hätten, dass er an einer PTBS leide. Denn nach Gesagtem fehlt es vorliegend bereits an einer rechtsgenügenden Grundlage zur Annahme einer PTBS (vorstehend E. 3.3 und 3.4.3). 5.3

Angesichts der schlüssigen medizinischen Aktenlage bedarf es vorliegend keiner zusätzlichen Abklärungen, weshalb - entgegen der diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2) - von ergänzenden Beweismassnahmen oder einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung solcher abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweis; RKUV 2006 Nr. U 578 S. 176 E. 3.6; SVR 2001 IV Nr. 10 E. 4b S. 28).

6.

E. 12

Monate ÷ 40 Stunden x 41.6 Stunden x 0.8) . 8.

Ein Vergleich des Valideinkommens von Fr. 49'311.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 48'932.-- ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 379.--. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 1%. Damit steht fest, dass weder ein für den Anspruch auf eine Invalidenrente mindestens vorausgesetzter Invaliditätsgrad von 40% noch ein für berufliche Massnahmen rechtssprechungsgemäss vorausgesetzter Mindestinvaliditätsgrad von etwa 20% (vorstehend E. 1.5) erreicht wurde.

Unter diesen Umständen ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2016 (Urk. 2) Ansprüche des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnahmen verneinte, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 9.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Volz

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