

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00203 vom 11. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00203

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00203 du 11 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00203 del 11 novembre 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1986 geborene X.____ war zuletzt für verschiedene Arbeitgeber zu meist in Temporäreinsätzen tätig (Telefonkartenverkäufer, Zeitungsdruckereiaushilfe, Küchenhilfe, Reinigungsbranche). Am 25. September 2013 meldete er sich unter Hinweis auf ein psychisches Leiden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/1 f. und Urk. 9/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und erteilte mit Mitteilung vom 26. Mai 2014 Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 6. Mai bis 25. August 2014 (Urk. 9/19), welches per 31. Juli 2014 aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen wurde (Urk. 9/31). Sie liess den Versicherten durch Dr. Y.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychiatrisch begutachten (Expertise vom 29. September 2015; Urk. 9/60, ergänzt am 30. Juni 2016; Urk. 9/79). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/66, Urk. 9/76 und Urk. 9/85) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 13. Januar 2017 (Urk. 2) ab.

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 Bundesgesetz 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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.3

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 geglichener 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 gegen übergestellt 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. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der

Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl.

BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

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

Dagegen erhob der Versicherte am 13. Februar 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 13. Januar 2017 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. März 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien ihm berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Mit Eingabe vom 14. Februar 2017 (Urk. 5) reichte der Beschwerdeführer einen Bericht von Assistenzarzt Dr. Z. ___ von der psychiatrischen Klinik A. ___ vom 8. Februar 2017 (Urk. 6) nach. Am 16. März 2017 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8).

Das Gericht liess den Beschwerdeführer durch Dr. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. C.____, Psychologin FSP und Neuropsychologin PVK, bidisziplinär (psychiatrisch-neuropsychologisch) begutachten (Expertisen vom 8. Februar und 27. Mai 2019; Urk. 26 und Urk. 28). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 23. August 2019 auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 33). Der Beschwerdeführer liess sich am 29. August 2019 vernehmen (Urk. 34) und änderte seinen Hauptantrag dahingehend, dass ihm von 1. März 2014 bis 31. März 2017 eine ganze und ab 1. April 2017 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen sei. Die entsprechenden Stellungnahmen wurden der jeweils anderen Partei am 2. September 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk. 35). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 13. Januar 2017 (Urk. 2) damit, dass die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten des Beschwerdeführers begründet sei, weshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege. Auf das Gutachten von Dr. Y.____

sei abzustellen. Die Intelligenzminderung könne nicht nachvollzogen werden und sei aus versicherungsmedizinischer Sicht ohne relevanten Einfluss. Denn der Beschwerdeführer habe eine reguläre Schulzeit absolvieren, zwischen 2005 und 2012 verschiedenen temporären Anstellungsverhältnissen nachgehen und eine Familie gründen können. Die berufliche Laufbahn sei einzig am Suchtmittelkonsum gescheitert. Die Diagnose einer Schizophrenie könne zudem nicht bestätigt werden (S. 2).

In ihrer Vernehmlassung ergänzte sie (Urk. 8), das Abhängigkeitsverhalten sei keine Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens, dem Krankheitswert zukomme. Ein reines Suchtgeschehen bleibe in der Invalidenversicherung unberücksichtigt.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Intelligenzminderung stütze sich auf einen anerkannten Intelligenztest. Er habe in der Schweiz lediglich zwei Schuljahre in einer Kleinklasse für Schüler mit besonderen Bedürfnissen absolviert. Eine Lehre habe er keine machen können. Gearbeitet habe er meist lediglich einen Monat lang, bevor ihm wieder gekündigt worden sei, und dabei nie genügend verdient, um seine Familie ernähren zu können. Die Fähigkeit, Kinder zu zeugen, habe zudem nichts mit Intelligenz zu tun, vor allem nicht, wenn wie vorliegend deren Versorgung und Erziehung nicht sichergestellt werden könne (S. 5 f.). Sein IQ von 52 sei für sich alleine schon IV-relevant. Ein solch tiefer IQ könne zudem die Diagnose einer Schizophrenie erheblich erschweren (S. 11 f.). Auf das Gutachten von Dr. Y.____ könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden (S. 6 f. und S. 10-12). Der Kokainkonsum sei ein sekundäres Problem beziehungsweise ein nicht konstruktiver Selbstheilungsversuch, der die Beschwerden zwar negativ beeinflusse, diese aber nicht verursache. Er nehme Kokain, weil ihm dieses gegen seine psychischen Ängste helfe. Die Intelligenzminderung beeinflusse den diesbezüglichen Behandlungserfolg negativ (S. 8 f.). Er habe sich im Dezember 2016 selbständig für eine Behandlung des Kokainkonsums in der A.____ angemeldet. Eine Abstinenz habe erreicht werden können, er leide jedoch weiterhin an Symptomen, die mit der Diagnose einer Schizophrenie vereinbar seien (S. 9). Im ersten Arbeitsmarkt sei er nicht arbeitsfähig, weshalb er ab März 2014 Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 12).

In seiner Stellungnahme zum vom hiesigen Gericht bei

Dr. B.____ und Dr. C.____

eingeholten Gutachten ergänzte er (Urk. 34),

gemäss Gutachter sei er von März 2013 bis Ende 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ihm sei deshalb von März 2014 bis März 2017 eine ganze Rente zuzusprechen. Ende 2016 habe sich sein Zustand aufgrund der Kokain-Abstinenz verbessert und es sei nach Einschätzung der Gutachter von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 20 % habe er ab April 2017 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung (S. 4- 6). 3. 3.1

Oberärztin Dr. D.____ und Assistenzarzt E.____ von der A.____ stellten in ihrem Bericht vom 3. November 2014 (Urk. 9/38) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - p aranoide Schizophrenie

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 2): - Verdacht auf pathologisches Spielen (Spielautomaten) - s chädlicher Gebrauch von Kokain

Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer werde seit dem 3. Januar 2013 von ihnen ambulant behandelt. Zuletzt seien psychiatrisch-psychotherapeutische Kon sul tationen in unregelmässigen Abständen - zumeist alle drei bis vier Wochen - erfolgt (S. 2 und S. 4). Er habe im Mai 2014 ein Arbeitstraining begonnen und sei dabei sehr motiviert erschienen. Mit steigendem Pensum habe sich jedoch, korrelierend mit exazerbierenden Schlafstörungen und vermehrten Ängsten, eine Überforderung gezeigt. Initial habe sich durch die Arbeitsversuche und die da durch verbesserte Tagesstruktur psychopathologisch eine leicht verbesserte Stim mung gezeigt, im Verlauf des Arbeitstrainings habe er sich aber mehr zurück gezogen und sei auch nur unregelmässig zu den Behandlungsterminen erschie nen. Nach mehrfach unentschuldigtem Absenzen beim Arbeitstraining und trotz einigen Gesprächen fehlender Verbesserung sei dieses abgebrochen worden, was beim Beschwerdeführer zu Insuffizienzgefühlen geführt habe. Korrelierend mit dieser wieder vermehrt akzentuierten depressiven Stimmung habe sich in den folgenden Wochen ein phasenweise exazerbierter Kokainkonsum gezeigt, was immer wieder zu vorübergehender Stimmungsaufhellung geführt, jedoch im Rah men der dadurch vermehrten Tag-Nacht-Umkehr die Ängste und psycho tischen Symptome verstärkt habe (S. 3). Der Kokainkonsum werde als Eigenbehand lungsversuch der depressiven Symptome und Ängste angesehen, es sei aber hierdurch phasenweise immer wieder eine Verstärkung der psychotischen Symptome an nehm bar (S. 5). In der angestammten Tätigkeit als ungelernerter Arbeiter unter anderem im Sektor Reinigung bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Auf grund der Erfahrung aus dem Arbeitstraining sei davon auszugehen, dass auch in einem leicht bis mittel angepassten Setting gegenwärtig keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Allenfalls könnte im Verlauf des kommenden Jahres eine Integration im geschützten Rahmen erfolgen (S. 1). 3.2

Mit Bericht vom 23. Mai 2015 (Urk. 9/45) führten Oberärztin Dr. F.____ und Assistenzarzt E.____ von der A.____ ergänzend aus, aufgrund der in den Gesprächen immer wieder aufgefallenen kognitiven Auffälligkeiten sei eine neuropsychologische Abklärung erfolgt, in welcher ein IQ von 52 habe festgestellt werden können. Die schwere Beeinträchtigung könnte Ausdruck einer deutlich weniger gravierenden vorbestehenden Beeinträchtigung

sein - die Sekundar schule

C / Kleinklasse sei offenbar erfolgreich besucht worden - welche durch die mittlerweile chronischen schizophrenen Symptome schlechter kompensierbar sei. Auch sei gut denkbar, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit im Rahmen der schizophrenen Erkrankung deutlich verschlechtert habe. Deskriptiv müsse eine leichte Intelligenzminderung diagnostiziert werden. In den vergangenen Monaten habe es keine neuen Hinweise für Kokainkonsum gegeben, er habe auch ange geben, nicht mehr am Spielautomaten gespielt zu haben (S. 1 f.). Derzeit könnten nur kognitiv wenig anspruchsvolle handwerkliche Tätigkeiten unter engma schi ger strukturierender, wohlwollender Anleitung, in einem ruhigen Umfeld, ohne Zeitdruck, in einem kleinen Team, bei fehlendem Kundenkontakt bis zu einem Pensum von drei Stunden pro Tag ausgeführt werden. Diese Arbeitstätigkeit sei praktisch nur im geschützten Bereich realisierbar und es erscheine keine erwerbs relevante Arbeit möglich. Selbst unter idealen Bedingungen sei wohl in den kommenden Jahren eine Arbeitsfähigkeit über 30 % auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht möglich (S. 2 f.). 3.3

Dr. Y.____ stellte in seinem Gutachten vom 29. September 2015 (Urk. 9/60) folgende Diagnosen (S. 15): - psychomotorisch unruhiges-feindseliges (Hostilitäts -)Syndrom mit neurasthenisch-ängstlicher Verstimmung - bei regelmässigem und aktuellem Konsum von Tabak und Kokain sowie vielfältigen sozialen Belastungen - bei gemäss Einschätzung in den Akten paranoider Schizophrenie und Intelligenzminderung

Dazu hielt er fest, anlässlich der Begutachtung seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gering ausgeprägt gewesen . Der Beschwerdeführer sei immer wieder motorisch leicht unruhig gewesen. Den Blickkontakt habe er unregelmässig gehalten, der Antrieb sei leicht gesteigert und in der Interaktion sei er abweisend, ungeduldig, unwillig und nur mässig kooperativ gewesen . Er berichte zögerlich und formuliere wenig differenziert. Insbesondere die Angaben zu den subjektiven Beschwerden würden allgemein, vage, ausweichend und oberflächlich bleiben. Die Konzentration sei leicht reduziert. Daten würden ungenau genannt. Die Intelligenz wirke gering ausgeprägt. Im Affekt sei er moros, dysthym und dysphorisch . Es sei aber kein klinisch relevantes depressives Syndrom zu erkennen. Objektive Hinweise auf Wahrnehmungs- und/oder Ich-Störungen fänden sich ebenfalls keine. Er nenne zwar „ Stimmenhören “ und „ Beeinträchtigung empfinden “, erläutere dies aber nicht weiter . Die Formulierungen seien teilweise bildhaft. Diese (plakativen) subjektiven Hinweise seien zur Kenntnis zu nehmen, es fände sich anlässlich der aktuellen Untersuchung aber kein korrespondierender (objektiver) Befund dazu (S. 16 f.).

Die Diagnose einer Schizophrenie könne nicht bestätigt werden. Auf den Gebrauch von Kokain werde von den behandelnden Ärzten zwar hingewiesen, ohne dass dieses Verhalten aber kritisch diskutiert werde. Dabei würden die objektiven psychopathologischen Befunde (beispielsweise antriebsarm, psychomotorisch unruhig, Auffassung und Konzentration reduziert, erhöhte Vigilanz, niedrige schlafen, hypochondrisch-ängstlich, misstrauisch, reizbar) ein unspezifisches depressives Syndrom erkennen lassen, das durchaus Ausdruck eines chronischen Gebrauchs von Kokain sein könne. Auch die gemäss der neuropsychologischen Testung der A.____ vom 13. Mai 2015 (Urk. 9/46/4-6) postulierten ausgeprägten Defizite (im Bereich Lernen und Gedächtnis sowie bei den Aufmerksamkeits- und Exekutivfunktionen) seien - soweit sie sich tatsächlich reproduzieren lassen würden - durch einen chronischen Gebrauch von Kokain weit überwiegend erklärbar. Der entsprechende Bericht samt Schätzung des Intelligenzquotienten sei darüber hinaus kaum

verwertbar, nachdem objektive Angaben zum Kokaingebrauch und/oder anderem Drogenkonsum sowie eine Symptomvalidierung fehlen würden (S. 18) .

Ein dysfunktionaler Gebrauch von Kokain stehe weit überwiegend im Vordergrund. Die behandelnden Ärzte würden bedeutsame nicht krankheitsbedingte soziale Faktoren (beispielsweise Herkunft, Migration, einfache Schulbildung, fehlender Berufsabschluss, geringe Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen/Schulden, persönliche Berufswünsche, prekäre Wohnsituation), die die Möglichkeit und Motivation zur beruflichen Reintegration mindern würden, nicht kritisch evaluieren. Deren Hinweis, dass trotz Therapie keine nachhaltige Besserung erreicht worden sei, überzeuge nicht. Bei einer fehlenden (nicht krankheitsbedingten) Kooperationsbereitschaft, einem anhalten den Konsum von Kokain und/oder bei wesentlich relevanten negativen sozialen Einflussfaktoren könne kein Therapieerfolg erwartet werden. Das psychomotorisch unruhige-feindselige Syndrom mit neurasthenisch-ängstlicher Verstimmung sei Ausdruck eines primären regelmässigen und aktuellen Konsums von Kokain und überwindbar (beispielsweise Teilnahme an der aktuellen Untersuchung inklusive Ortswechsel, Kollegen und Vater treffen, TV sehen, mit Kindern aktiv sein). Dem Beschwerdeführer sei eine substantielle Anstrengung zur Teilnahme an beruflichen Tätigkeiten zumutbar. Eine mindestens 20%ige Arbeitsunfähigkeit habe zu keinem Zeitpunkt bestanden (S. 18 f.). 3.4

Am 15. Februar 2016 nahmen Oberärztin Dr. F.____ und Assistenzärztin G.____ von der A.____ Stellung zum Gutachten (Urk. 9/74) und führten aus, obwohl darin Hinweise auf eine Intelligenzminderung dokumentiert seien, werde dies vom Gutachter nicht diskutiert. Der Gutachter gehe von einem regelmässigen starken Kokainkonsum aus, diskutiere aber weder, ob das Ergebnis der Urinprobe auch durch einmalige oder sporadische Konsumereignisse - beispielsweise vor der Untersuchung, um diese überhaupt zu ermöglichen - hervorgerufen werden könnte, noch wie der Beschwerdeführer den regelmässigen starken Konsum überhaupt finanzieren beziehungsweise diesen angesichts seiner Intelligenzminde rung organisieren solle. Auch der sekundäre Charakter des Kokainkonsums als Selbstbehandlungsversuch gegen psychotische Ängste werde nicht erwähnt, ebenso wenig der Umstand, dass er aufgrund seiner Intelligenzminderung Schwierigkeiten haben werde, eine dauerhafte Abstinenz einzuhalten (S. 1 f.). Die Beurteilung, dass die psychotischen Phänomene allein durch den Substanzkonsum bedingt seien, überzeuge nicht. Auch seien die Beschwerden nicht überwindbar, wie anlässlich des Arbeitsversuches habe festgestellt werden können. Dass die Intelligenzminde rung durch die Abstinenz von Kokain aufgehoben werden könne, sei nicht überzeugend (S. 3). Die Kriterien für die Diagnose einer Schizophrenie seien erfüllt. Die Ausgestaltung von Schizophrenien bei Menschen mit Intelligenzminde rung sei schlecht untersucht und weniger häufig. Dies könne begründen, warum in einem einmaligen gutachterlichen Kontakt die Symptome nicht vollständig erfasst würden. Die Beschwerden könnten durch den Kokainkonsum negativ beeinflusst werden, würden jedoch nicht durch diesen verursacht (S. 4 f.). 3.5

Dr. Y.____ hielt mit Stellungnahme vom 30. Juni 2016 (Urk. 9/79) zu den Einwänden der behandelnden Ärzte fest, selbst wenn von einem IQ von 52 ausgegangen würde, würde dies nur eine leichte Ausprägung der Intelligenzminde rung begründen und einem Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren entsprechen. Viele Erwachsene könnten mit dieser Begabung arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur

Gesellschaft leisten. So sei auch der Beschwerdeführer temporären Erwerbstätigkeiten nachgegangen und habe eine Familie gegründet. Seine nachhaltige berufliche Integration sei am regelmässigen Drogenkonsum gescheitert. Die Minderung der Intelligenz sei somit aus versicherung psychiatrischer Sicht ohne relevanten Einfluss (S. 2). Der regelmässige starke Konsum von Kokain sei vom Institut für Rechtsmedizin anhand einer Haaranalyse festgestellt worden. Gerade dieses Konsumverhalten bestätige die tatsächliche Kompetenz des Beschwerdeführers in der Erreichung seiner persönlichen Ziele (S.

3). Auch gemäss den behandelnden Ärzten seien die Symptome einer Schizophrenie nur vage oder unkonkret beziehungsweise die Kriterien nur fraglich erfüllt. Dies sei umso bedeutsamer, als der Kokainkonsum die Angaben zu anfälligen Wahrnehmungen und Verunsicherungen begründen könne. Zusätzlich würden vielfältige krankheitsfremde Motive bestehen, die die Angaben beeinflussen und die Glaubwürdigkeit einschränken. Vor diesem Hintergrund könne nachvollzogen werden, dass auch bei einer Kokainabstinenz die Symptome und Beschwerden nach wie vor vorhanden wären. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aus versicherung psychiatrischer Sicht nicht zu begründen (S. 4).

3.6
Assistenzarzt Dr. Z.____ von der A.____ führte in seinem Bericht vom 8. Februar 2017 (Urk. 6) aus, der Beschwerdeführer stehe seit Dezember 2016 wegen seines Kokainkonsums bei ihm in Behandlung. Innerhalb weniger Wochen habe eine Abstinenz von allen Substanzen erreicht werden können. Die Abstinenz habe die Symptome einer Schizophrenie lediglich reduziert, was dafür spreche, dass die Symptomatik durch den Kokainkonsum verschlechtert worden sei. Das Fortbestehen der Symptome sechs Wochen nach Erreichen einer gesicherten Abstinenz spreche jedoch dagegen, dass die Symptomatik gänzlich durch den Kokainkonsum erklärt werden könne. Es müsse deshalb davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer unter einer Schizophrenie leide, deren Symptomatik durch den Kokainkonsum negativ beeinflusst worden sei (S. 1 f.). Die leichte Intelligenzminderung könne die Diagnose der Schizophrenie erheblich erschweren. So könnten beispielsweise oberflächliche Aussagen nicht auf eine reduzierte Konkurrenz, sondern auf die verminderte Intelligenz zurückzuführen sein (S. 2). Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit im Sinne eines Erwerbs sei derzeit nicht gegeben (S.

3). 3.7

Dr. B.____ und Dr. C.____ stellten in ihrem psychiatrisch- neuro psychologischen Gutachten vom 8. Februar und 27. Mai 2019 (Urk. 26 und Urk. 28) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 26 S. 32): - Abhängigkeitssyndrom von Cannabinoiden und Kokain, gegenwärtig abstinent - Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung in Zusammenhang mit dem Kokainmissbrauch, residualaffektives Zustandsbild sowie andere anhaltende kognitive Beeinträchtigungen - leichte bis mittelschwere neurokognitive Störung mit leichter Intelligenzminderung ohne oder mit nur geringfügigen Verhaltensstörungen

Dazu führten sie aus, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege beim Beschwerdeführer keine schizophrene Erkrankung vor. Die Symptome seien als Folge eines kombinierten Einflusses der leichten Intelligenzminderung, der schwierigen psychosozialen Situation mit Migrationshintergrund und vor allen Dingen der über Jahre in starkem Ausmass vorhandenen Drogenabhängigkeit zu sehen. In Bezug auf den Cannabis- und Kokainmissbrauch sei es unter einer offenbar stringent durchgeführten Behandlung mit regelmässigen Urinkontrollen gelungen, eine Abstinenz zu erreichen. Im Zuge dieser

Abstinenz sei es zu einer wesentlichen Besserung der allgemeinen psychiatrischen Problematik gekommen (Urk. 26 S. 31).

Die berufliche Integration des Beschwerdeführers sei an seiner gesundheitlichen Gesamtsituation gescheitert. Der damals akute Drogenkonsum, die psychotische Symptomatik (wenn auch nicht von einer schizophrenen Erkrankung ausgegangen werde) und die Intelligenzminderung würden sich gegenseitig stark bedingen. Es gebe allerdings zusätzlich zu diesen krankheitsbedingten Einflüssen auf das Scheitern der Integrationsmassnahmen auch motivationale Einflüsse, wenn er zum Beispiel selbst als Grund für das Scheitern angebe, er habe keine Lust gehabt zu den Arbeiten und es habe ihn «angeschissen» (Urk. 26 S. 35).

Zwischen März 2013 und Ende 2016 sei davon auszugehen, dass aufgrund der psychotischen Symptomatik in Interaktionen mit der Intelligenzminderung und dem massiven Drogenkonsum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Diese sei im Wesentlichen durch den Einfluss des massiven Kokainmissbrauchs bedingt. Auch bei einfachen Tätigkeiten habe er jeweils eine 1:1 -Betreuung gebraucht beziehungsweise habe die auch gut betreute und einfache Tätigkeit nur sehr unregelmässig und nicht sehr lange ausführen können. Eine Arbeitsintegrationsmassnahme mit guter Betreuung habe deswegen vor allen Dingen aufgrund der Unzuverlässigkeit des Beschwerdeführers abgebrochen werden müssen. Auch die Betreuer der Arbeitsmassnahmen hätten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt in dieser Zeit bestätigt. Ende 2016 habe eine Entzugstherapie durch die ambulante Institution der A.____ begonnen, die stringent mit Urinkontrollen durchgeführt worden sei und rasch zu einer Abstinenz des Beschwerdeführers geführt habe. In der Folgezeit seien die psychotischen Symptome deutlich zurückgegangen. Sie seien bis heute vorhanden, allerdings nur noch in sehr leichtem und nicht mehr stark behindernden Ausmass. Zwischen Anfang 2017 und heute sei also davon auszugehen, dass im Wesentlichen die leichte bis mittelschwere kognitive Beeinträchtigung in Interaktion mit der vorhandenen Restsymptomatik zu einer Arbeitsunfähigkeit von ungefähr 40 % geführt habe. Eine der Behinderung angepasste Tätigkeit müsste vor allen Dingen nur geringe kognitive Anforderungen an den Beschwerdeführer stellen. Zudem sei eine gute Supervision durch die Vorgesetzten und ein wohlwollender Teamgeist erforderlich. Bei einfacheren, seinem Bildungsgrad angepassten Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % auszugehen (Urk. 26 S. 39-40). 4. 4.1

Im psychiatrischen Gutachten von Dr. Y.____

vom 29. September 2015 (ergänzt am 30. Juni 2016; E. 3.3 und E. 3.5 hievore) ging dieser von einer seit jeher über 80%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus. Zwar stellte er dessen gering ausgeprägte Intelligenz im Rahmen des Gesprächs fest, verneinte aber einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mit der Begründung, dieser habe temporären Erwerbstätigkeiten nachgehen und eine Familie gründen können. Dies überzeuge offensichtlich nicht, kann doch vorliegend von einer beruflichen Integration gerade nicht gesprochen werden und hat die Fähigkeit, eine Familie zu gründen, nicht ohne Weiteres etwas mit dem Bestehen einer Arbeitsfähigkeit zu tun. Dass die psychotischen Symptome aufgrund der vorhandenen psychosozialen Belastungsfaktoren auch bei einer Kokainabstinenz weiterhin beständen, ist ebenfalls nicht nachvollziehbar. Weiter entkräftete er den Einwand der behandelnden Ärzte, Schizophrenien bei Menschen mit Intelligenzminderung seien schlecht untersucht und weniger häufig und allenfalls deshalb

anlässlich der Begutachtung nicht festgestellt worden, nicht ausreichend. Dasselbe gilt für deren Vorbringen, der Kokainkonsum habe sekundären Charakter

und sei als Selbstbehandlungsversuch gegen psychotische Ängste zu sehen. Gutachter Dr. B. ___ wies zudem darauf hin, dass es Dr. Y. ___ offenbar nicht gelungen ist, einen vertrauensvollen Kontakt mit dem Beschwerdeführer herzustellen, weshalb dieser nicht offen über seine Beschwerden berichtet hat (Urk. 26 S. 41). Die Beurteilung der medizinischen Situation kann so nicht nachvollzogen werden, ebenso wenig überzeugt die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Auf das Gutachten von Dr. Y. ___ kann nicht abgestellt werden, weshalb das Gericht ein psychiatrisch-neuropsychologisches Obergutachten eingeholt hat. 4.2

Das interdisziplinäre Obergutachten von Dr. B. ___ und Dr. C. ___ vom 8. Februar und 27. Mai 2019 (E. 3.7 hier vor) beruht auf den erforderlichen psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter setzten sich mit diesen ausführlich auseinander

und begründeten abweichende Einschätzungen nachvollziehbar. Sie legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

Sie zeigten dessen seit längerem andauernde Kokain- und Cannabisabstinenz auf und begründeten die Diagnose einer leichten bis mittelschweren neurokognitiven Störung mit leichter Intelligenzminderung ausführlich. Nachvollziehbar verneinten sie das Bestehen einer schizophrenen Erkrankung. In diesem Zusammenhang wiesen sie darauf hin, dass die psychotische Symptomatik als Folge eines kombinierten Einflusses der leichten Intelligenzminderung, der schwierigen psychosozialen Situation und insbesondere der über Jahre starken Drogenabhängigkeit zu sehen ist, dass sich die psychiatrische Problematik aber seit dem Beginn der Entzugstherapie Ende 2016 wesentlich verbessert hat und heute nur noch in sehr leichtem und nicht mehr stark behinderndem Ausmass vorhanden ist. Die Gutachter gelangten sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer von März 2013 bis Ende 2016 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war und dass seither - nach einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes Ende 2016 dank einer Kokain-Abstinenz - eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und auch für andere ein fachere, seinem Bildungsgrad angepasste Arbeiten besteht. Das Gutachten ist schlüssig, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.5 hier vor). Dies wird von den Parteien denn auch nicht bestritten. 5. 5.1 5.1.1

Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und übereinstimmende

fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweiswertiger Arztberichte und Gutachten (vgl. BGE 125 V 351) auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen, zu denken (BGE 139 V 547 E. 7.1.4 S. 562). Zur Thematik der invalidisierenden Wirkung der Auswirkungen von Drogen konsumierte das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 seine bisherige Rechtsprechung dahingehend, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten - Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann (E. 5.3.3), sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht fallen (E. 6). 5.1.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 5.2

Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde verwies Dr. B. auf die dokumentierten leichten bis mittelgradigen kognitiven Störungen sowie die affektive und psychotische Residualsymptomatik (Urk. 26 S. 35). Es liegen mithin mittelgradig ausgeprägte Befunde vor.

Betreffend Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz steht fest, dass der Beschwerdeführer in regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht, allerdings wurde die Medikation nicht konsequent eingenommen. Berufliche Eingliederungserfolge zeigten sich nicht, wobei indes auch motivationale Aspekte vorlagen (Urk. 26 S. 36).

Komorbiditäten liegen in dem Sinne vor, dass neben dem (gegenwärtig abstinenter) Abhängigkeitssyndrom eine psychotische Störung, ein residualaffektives Zustandsbild, anhaltende kognitive Beeinträchtigungen, leichte bis mittelschwere neurokognitive Störungen sowie eine leichte Intelligenzminderung vorliegen (Urk. 26 S. 32).

Zur Persönlichkeit ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer an keiner Persönlichkeitsstörung leidet und vor allem ein (subjektiv beschriebenes) sensibles Beziehungserleben vorliegt, wobei er immer wieder Gedanken hat, dass andere Menschen ihm Böses wollen. Bei Intelligenzminderung bestehen sodann eingeschränkte Ressourcen. Allerdings konnte der Beschwerdeführer biographisch immer wieder schwierige Situationen bewältigen und nun auch längere Zeit abstinenter leben (Urk. 26 S. 37).

Der soziale Kontext zeigt eine schwierige Situation, der Beschwerdeführer hat nur zu einem Bruder Kontakt und die Beziehung zu seiner eigenen Familie ist nach der Trennung durch seine Ehefrau (wegen Drogen- und Spielproblematik) eingeschränkt. Wesentliche Ressourcen sind nicht zu erkennen (Urk. 26 S. 38).

Die Einschränkungen des Beschwerdeführers zeigen sich in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Urk. 26 S. 38). So gestaltet sich der Tagesablauf des Beschwerdeführers unstrukturiert, er vermag sein Privatleben aber doch zu einem grossen Teil vernünftig zu bestreiten. So pflegt er sich, kocht selber oder geht auswärts essen, spaziert und geht seit einiger Zeit ins Fitness-Studio. Er bewältigt Termine, schaut Fernsehen und ist in sozialen Netzwerken aktiv. Er pflegt Hobbys (schwimmen, Fussball spielen, Urk. 26 S. 23).

Der behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesene Leidensdruck zeigt sich in den fortlaufenden therapeutischen Bemühungen des Beschwerdeführers, wobei die Kooperation bei der Medikamenteneinnahme nicht durchgängig gewährleistet war. 5.3

Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass der Beschwerdeführer massgeblich eingeschränkt ist, indessen durchaus ein Restleistungsvermögen zu erkennen ist. In diesem Sinne ist die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 40 % plausibel und es ist darauf abzustellen.

Während der zurückliegenden Periode (März 2013 bis Dezember 2016), in welcher eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, zeigen sich derart drückliche Befunde, dass eine Indikatorenprüfung erlässlich erscheint. Die A. ___ -Ärzte beschrieben chronifizierte schizophrene Befunde, welche schlecht kompensierbar sind und verwiesen auf gescheiterte Arbeitsversuche trotz intakter Motivation (E. 3.1-2). Auch zeigte sich bereits in dieser Zeit ein prekärer sozialer Kontext. Er wohnte zuerst noch mit der Partnerin und dem Sohn in einer kleinen Wohnung, doch bestanden Betreibungen in der Höhe von mehreren zehntausend Franken, welche Situation (Schulden durch Spielsucht und Drogenkonsum) später zur Trennung führte (Urk. 9/9/4). Entsprechende Ressourcen sind demnach auch für diese Zeit nicht erkennbar, zumal der Beschwerdeführer über eine geringe Kommunikationsfähigkeit verfügt (Urk. 9/60 21 f. und Urk. 9/33/2).

Zu prüfen bleibt, wie sich das Leistungsvermögen in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 6 . 6.1

Von März 2013 bis Ende 2016 war der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, was einen IV-Grad von 100 % und Anspruch auf eine ganze Rente von 1. März 2014 (6 Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs, Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG in Verbindung mit Art. 28 IVG) bis 31. März 2017 (dreimonatige Verbesserung der Erwerbsfähigkeit, Art. 88a Abs. 1 IVV) ergibt. 6.2

Ende 2016 hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert. Ein für eine Abstufung der Rente erforderlicher Revisionsgrund ist damit gegeben. Nach Einschätzung der Gutachter ist er dank seiner Kokain-Abstinenz seit Ende 2016 in der angestammten Tätigkeit zu 60 % arbeitsfähig. Angepasste Tätigkeiten sind gemäss Gutachter einfachere, seinem Bildungsgrad angepasste Arbeiten. Nach dem er bislang lediglich einfache Tätigkeiten mit geringen kognitiven Anforderungen ausgeübt hat (Telefonkartenverkäufer, Zeitungsdruckereihilfe, Küchenhilfe, Reinigungsbranche), entsprechen auch angepasste Arbeiten der angestammten Tätigkeit. Bei einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten (Hilfsarbeiter-)Tätigkeit entspricht der

Arbeitsunfähigkeitsgrad dem Invaliditätsgrad und es bleibt kein Raum für einen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 9C_844/2013 vom 18. Februar 2014 E. 3.1 und 8C_558/2013 vom 2. April 2014 E. 4.3).

Ohnehin wäre kein solcher von 20 % zu gewähren, wie dies der Beschwerdeführer verlangte (Urk. 34 S. 5-6). Zwar ist bei Versicherten, die aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilweise erwerbstätig sein können, unter dem Titel «Beschäftigungsgrad» ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wenn Teilzeitarbeit nach der im konkreten Fall anwendbaren Tabelle vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (Urteil 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Dagegen rechtfertigt der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber nur reduziert leistungsfähig ist, grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_581/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1). Laut der gestützt auf die LSE 2012 erstellten Tabelle zu den nach Beschäftigungsgrad, Geschlecht und beruflicher Stellung differenzierten monatlichen Durchschnittsbruttolöhnen rechtfertigt ein Beschäftigungsgrad von 50-74 % bei Männern auf der untersten Stufe der beruflichen Stellung (ohne Kaderfunktion) keinen zusätzlichen Tabellenlohnabzug (Bundesamt für Sozialversicherungen, IV-Rundschreiben Nr. 328 vom 22. Oktober 2014, Anhang; vgl. dazu BGE 142 V 178 E. 2.5.1 mit Hinweis). Denn auf dieser Ebene besteht bei Männern zwischen dem Durchschnittslohn bei einem Teilzeitpensum von 50-74 % proportional bezogen auf ein 100 %-Pensum (Fr. 6'080.--) und dem Durchschnittslohn bei einem Vollzeitpensum (Fr. 6'085.--) eine vernachlässigbare Differenz (von Fr. 5.--) und somit kein wesentlicher Unterschied. Bei Berücksichtigung der für das Jahr 2014 aktualisierten Tabelle besteht zwar bei den angegebenen Werten (Fr. 5'714.-- [Teilzeitpensum] und Fr. 6'069.--

[Vollzeitpensum]) eine Differenz von Fr. 355.-- oder 5.85 %. Daraus ergibt sich jedoch keine überproportionale Lohnneinbusse (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 und 8C_12/2017 vom 28. Februar 2017 E. 5.5.2 mit Hinweisen). Ob die weiteren vom Beschwerdeführer geltend gemachten Punkte (Erforderlichkeit einer Tätigkeit mit geringen kognitiven Anforderungen sowie eines verständnisvollen Arbeitgebers) überhaupt einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, kann vorliegend offenbleiben, resultierte doch selbst bei einem Leidensabzug von 15 % kein höherer Rentenanspruch.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % ab Ende 2016 ist nach dem Gesagten ab 1. April 2017 von einem Invaliditätsgrad von 40 % und entsprechend einem Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung ab diesem Zeitpunkt auszugehen. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 7.7.1

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dessen Ausgang der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung erweist sich damit als gegenstandslos. 7.2

Die Kosten der Begutachtung durch

Dr. B.____ und Dr. C.____

in der Höhe von Fr. 11'769.95

(Urk. 29/1-2) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen und somit dem Gericht zurückzuerstatten, war doch die Veranlassung eines Gerichts gutachtens unerlässlich, nachdem bei Erlass der angefochtenen Verfügung ein offensichtlich nicht beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 4. 1

hievore) vorgelegen hat (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4). Der Aufwand für das Gutachten von Fr. 11'769.95

erscheint mit Blick auf die komplexe und umfangreiche Aktenlage als angemessen.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Januar 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer von 1. März 2014 bis 31. März 2017 Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. April 2017 auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten von Fr. 11'769.95 zu erstatten. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste, Rechtsanwältin Kathrin Hohler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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.