

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00263 vom 29. Oktober 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00263

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00263 du 29 octobre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00263 del 29 ottobre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, verfügt über keine Berufsausbildung (Urk. 7/3/5). In der Schweiz übte er verschiedene Hilfstätigkeiten für diverse Arbeitgeber aus und arbeitete zuletzt bis Mitte 2010 als Lackierhelfer bei der Y.____ (Urk. 7/11, 7/15/2, 7/39/10-13 und 7/52). Danach war er arbeitslos gemeldet. Im Jahr 2013 arbeitete er – vermittelt durch das Sozialamt – einige Monate in einer Schreinerei sowie in der Z.____ (Urk. 7/54/5). Schliesslich meldete er sich im September 2014 wegen einer Depression zum Leistungsbezug bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), an (Urk. 7/3).

Diese holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/11) sowie einen Bericht bei den behandelnden Fachpersonen des A.____ ein (Urk. 7/16) und führte ein Standortgespräch mit dem Versicherten durch (Urk. 7/15). Sodann teilte sie diesem mit formloser Mitteilung vom 18. Mai 2015 mit, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen derzeit nicht möglich seien (Urk. 7/20), und kündigte ihm mit Vorbescheid vom 21. Mai 2015 die Verneinung eines Rentenanspruchs an (Urk. 7/22). Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch die Sozialen Dienste der Stadt Zürich (Urk. 7/32), Einwand (Urk. 7/26; Begründung Urk. 7/31) unter Beilage je eines Berichts des B.____ (B.____; Urk. 7/29) sowie des Hausarztes (Urk. 7/30). In der Folge beauftragte die IV-Stelle Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer Begutachtung des Versicherten (Urk. 7/36). Ihr Gutachten datiert vom 22. Januar 2016 (Urk. 7/39). Dazu äusserte sich der Versicherte mit Eingabe vom 17. Februar 2016 (Urk. 7/44) unter Beilage einer Stellungnahme des B.____ (Urk. 7/43). Letztere unterbreitete die IV-Stelle der Gutachterin, die dazu am 6. Juni 2016 Stellung nahm (Urk. 7/46). Zusätzlich reichte der Versicherte mit Schreiben vom 16. Juni 2016 (Urk. 7/49) einen Abklärungsbericht der Institution Verhaltensneurologie D.____ ein (Urk. 7/48). Nach einem Gespräch bei der Eingliederungsberaterin am 7. September 2014 (Urk. 7/54/4 ff.) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit formloser Mitteilung vom 14. September 2016 den Abschluss der beruflichen Eingliederung mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit mit (Urk. 7/53). Nach Vorliegen eines Verlaufsberichts des B.____ (Urk. 7/55) und einer abschliessenden Stellungnahme des Versicherten (Urk. 7/57) sowie gestützt auf diverse Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; Urk. 7/58) verneinte die IV-Stelle letztlich mit Verfügung vom 31. Januar 2017 einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rein tenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4). Die Annahme eines solchen setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind dabei neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung).

E. 1.3

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

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

Wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen selbständigen Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 1. März 2017 Beschwerde. Darin beantragte er, es sei ihm rückwirkend ab März 2015 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter sei ein weiteres Gutachten einzuholen. In prozessualer Hinsicht beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2; Beilagen Urk. 3/3-4), die ihm mit Verfügung vom 11. April 2017 bewilligt wurde (Urk. 8). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. April 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, das psychische Leiden des Beschwerdeführers sei behandelbar und begründe keine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Eine Persönlichkeitsstörung sei von der Gutachterin widerlegt worden, es bestünden nur akzentuierte Persönlichkeitszüge. Der Beschwerdeführer verfüge über gute soziale Kompetenzen und korrekte Umgangsformen, seine Kognition wirke ungestört. Indes fühle er sich von widrigen psychosozialen Umständen an der Befriedigung seines Lebensentwurfs gehindert. Die berufliche Eingliederung sei auf seinen Wunsch hin abgeschlossen worden, obschon ihm entsprechende Massnahmen zur Ermittlung und schrittweisen Steigerung der Leistungsfähigkeit zumutbar gewesen wären (Urk. 2).

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer die Berichte des A.____, des B.____ sowie der Verhaltensneurologie D.____ mit abweichender Diagnosestellung und Arbeitsfähigkeitseinschätzung entgegen (Urk. 1 S. 6 f.). Weiter beanstandete er die Argumentation der Gutachterin Dr. C.____. So habe das Arbeitsverhältnis vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit geendet, weshalb die Dauer des Arbeitsverhältnisses nicht im Widerspruch zu den Diagnosen der Behandler stehe. Die Gesprächstherapie sei ab März 2015 einzig mangels weitergehender Kostendeckung durch die Krankenkasse auf zwei wöchentlich reduziert worden. Diskrepanzen zwischen der subjektiven Beschwerdeklage und den objektiven Befunden bestünden keine, zumal erstere gut mit den Diagnosen der Behandler vereinbar sei. Schliesslich habe die Gutachterin nicht zwischen Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit unterschieden und verkannt, dass die psychosoziale Belastungssituation nicht Ursache, sondern Folge der Erkrankung sei (Urk. 1 S. 7 f.). Darüber hinaus habe die Beschwerdegegnerin sein rechtliches Gehör verletzt, indem seine Stellungnahme weder der Gutachterin noch dem RAD vorgelegt, noch im Feststellungsblatt thematisiert worden sei. Werde nicht auf die Berichte der Behandler abgestellt, sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und seine Stellungnahme als solche zu behandeln. Sollte diese nach Auffassung des Gerichts nichts am Beweiswert des Gutachtens ändern, sei ein weiteres Gutachten unabdingbar (Urk. 1 S. 9 f.).

E. 3.1

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a).

Hinsichtlich des vorliegend strittigen Beweiswertes des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C.____ vom 22. Januar 2016 ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt (was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist), in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Expertin in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, und ob die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich machte (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 3.2

Dr. C.____ diagnostizierte ein Stottern (ICD-19: F98.5) mit leichtgradiger Soziophobie (ICD-10: F40.1), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) und anamnestisch einen Status nach einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23). Dazu stellte sie diverse Z-Diagnosen, konkret akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1) sowie Probleme mit Bezug auf Berufstätigkeit oder Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56), auf die Wohnbedingungen und die wirtschaftlichen Verhältnisse (ICD-10: Z59), den engeren Familienkreis, einschliesslich familiärer Umstände (ICD-10: Z63) und die soziale Umgebung (ICD-10: Z60; vgl. Urk. 7/39/28 f.). Sie kam zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischer Sicht in seiner Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeiten als Hilfsarbeiter, Hilfsmaler, Reinigungsfachkraft und Umzugshilfe sowie in allen hinsichtlich seines Alters und seiner Kenntnisse in Betracht kommenden Tätigkeiten nicht eingeschränkt (Urk. 7/39/31). Insofern geht der Einwand des Beschwerdeführers, die Gutachterin habe nicht zwischen Diagnosen mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit unterschieden, von vornherein fehl (vgl. E. 2.2).

E. 3.3.1

Dazu erläuterte die Gutachterin zunächst die wesentlichen Ereignisse und Lebensumstände des Beschwerdeführers, wobei dieser Teil der gutachterlichen Feststellungen soweit ersichtlich unstrittig ist. Die Entwicklung des Beschwerdeführers scheine geprägt gewesen zu sein von der sehr traditions- und kulturtypischen Dominanz des Vaters als Respektsperson, in Wechselwirkung mit den wohl hohen Erwartungen an ihn als ältesten Sohn und im Spannungsfeld der Kulturen, zwischen denen er hin- und hergerissen bleibe. Als er mit vier Jahren zum Vater in die Schweiz gekommen sei, habe er sich der

Herausforderung stellen müssen, Deutsch zu lernen. Seit damals bestehe ein Stottern, was er in Zusammenhang mit einem Wutausbruch des Vaters bringe. Moderne neurologopädische Erkenntnisse würden diesbezüglich allerdings nicht mehr von einer psychogenen Ätiogenese ausgehen. Hänseleien hätten Scham- und Insuffizienzgefühle sowie die heute als habituell zu bezeichnende soziale Zurückhaltung und Fokussierung auf die Familie induziert und zementiert. Soweit ersichtlich sei er bis zur Rückkehr nach Istanbul fünf Jahre später in logopädischer Behandlung gewesen. Aufgrund dieses Bedingungsgefüges in der ersten Lebensdekade hätten sich selbstunsichere Züge angebahnt bzw. der Beschwerdeführer sei fortan mit einer zentralen Selbstwertproblematik behaftet gewesen (Urk. 7/39/23 f.).

E. 3.3.2

Als 17-Jähriger sei er in die Schweiz zurückgekehrt und habe auf Geheiss des Vaters den Haushalt geführt sowie auf Abruf in der Verkaufslogistik gearbeitet. Dabei habe er seine Deutschkenntnisse auffrischen müssen. Er habe über mehrere langjährige Anstellungen berichtet: 4-5 Jahre im Verkauf der Migros, 3 Jahre in der Metzgerei des Vaters und 7½-8 Jahre als Hilfsmaler bei der Y.____. Dazwischen sei er als Transport-/Umzugsmitarbeiter oder in Reinigungsinstituten tätig gewesen. Dabei beschreibe er auch Frust über die oft unbefriedigenden Anstellungsverhältnisse sowie das Gefühl, ausgenutzt und willkürlich entlassen worden zu sein sowie sich nie eine sichere Existenz aufgebaut zu haben. Wiederkehrende Konflikte mit Vorgesetzten oder Mitarbeitern seien nicht eruierbar, die letzte Kündigung sei aufgrund mangelhafter Leistungen erfolgt. Zwischenzeitlich sei er wiederholt und stets bei uneingeschränkter Vermittlungsfähigkeit arbeitslos gewesen. Seit Dezember 2012 sei er nun ausgesteuert (Urk. 7/39/24 f.).

E. 3.3.3

Aus den Angaben des Beschwerdeführers gehe ein recht geschlossenes Familiensystem nach traditionellem Muster hervor. Seine Autonomiewünsche hätten den Entscheidungen des Vaters weichen müssen. Als verletzend und erschütternd bezeichne er die Untreue des Vaters, der die Familie im Stich gelassen und sich im Jahr 1998 habe scheiden lassen. Die Mutter und eine Schwester seien später in die Türkei zurückgekehrt. Der Vater habe wieder geheiratet, aus Respekt halte der Beschwerdeführer den Kontakt aufrecht. Im Jahr 2012 hätten er und sein Bruder (mit ebenfalls lädiertem Biographie mit Scheidung und hoher Verschuldung) sodann die Wohnung wegen Mietzinsausständen verloren. Seither bestehe eine desolate Wohnsituation. Die Brüder würden in einem Zimmer hausen und mit fünf Mitbewohnern Bad und Küche teilen.

Der Beschwerdeführer sei fünf mehrmonatige bis einjährige Partnerschaften eingegangen, die aus nachvollziehbaren, nicht mit einer etwaigen Psychopathologie zu verbindenden Gründen (nicht geteilter Kinderwunsch, Untreue oder zu komplex erscheinende Persönlichkeit der Partnerin) beendet worden seien. Aus der Beschreibung seiner Haltung gegenüber Frauen würden Selbstwertprobleme, zum Teil auch soziokulturelle Dilemmas (Angst, der Sklave einer reichen Frau zu werden), hervorgehen. Eine herbe Enttäuschung und vor allem Kränkung stelle die Ablehnung seines Heiratsantrags im Jahr 2006 dar, angeblich weil er stellenlos gewesen und von den Brauteltern abgelehnt worden sei. Er beschreibe zwar eine depressive Reaktion, sei aber dennoch eine neue Beziehung eingegangen. Insgesamt verbinde er die Enttäuschungen in seinen Beziehungen direkt mit seiner psychosozialen Situation. Überhaupt scheine sich insbesondere seit dem Verlust der

letzten Arbeitsstelle seine Selbstwahrnehmung als infolge von Ausgrenzung («Ausländerhass», Islamophobie) und unverschuldeter Fürsorgeabhängigkeit an der Verwirklichung seines Lebensentwurfs verhinderte Person verdichtet zu haben (Urk. 7/24 f.).

E. 3.4.1

Daraus schlussfolgerte Dr. C.____ einleuchtend, dass nach dem Verlust der letzten Arbeitsstelle sowie der Aussteuerung eine Anpassungsstörung mit Existenzängsten, vermischt mit Agitation, Frust und Wut aufgetreten zu sein scheine, die im August 2013 zur Überweisung an das A.____ und seither der psychiatrischen Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Der Beschwerdeführer nehme seither stützende psychologische Gespräche wahr, indes habe zu keiner Zeit eine konsequente psychopharmakologische Behandlung installiert werden können. Einerseits bekunde er, nur kleine Tabletten (Aerius 5 mg) schlucken zu können, andererseits habe er die angebotenen Tropfen (Cipralex, Surmontil) aufgrund des Alkoholgehalts aus religiösen Gründen abgelehnt. Eine psychogene Schluckstörung könne indes nicht abgegrenzt werden, da er beim Essen nicht eingeschränkt sei (Urk. 7/39/25 f.).

Insoweit vermag der Hinweis des Beschwerdeführers, dass die Krankenkasse die Kosten für eine intensivere Gesprächstherapie nicht übernehme (vgl. E. 2.2), nichts an der Feststellung zu ändern, dass er bisher nicht alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft hat (vgl. auch Urk. 7/55/2 f.), was gegen einen erheblichen Leistungsdruck spricht. Im Übrigen konnte bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung offenbar auch keine logopädische Behandlung etabliert werden (vgl. Urk. 7/55/3).

E. 3.4.2

Weiter legte die Gutachterin in nachvollziehbarer Weise dar, dass eine verschiedentlich beschriebene Schlafstörung als Störung des Tag-Nachtrhythmus bei fehlender Tagesstruktur und externen Störfaktoren (gleiches Zimmer wie der schichtarbeitende und zu unregelmässigen Zeiten heimkehrende Bruder, Betriebslärm eines Nachtkiosks, vier bellende Hunde der Nachbarin, sonstiger Lärm der Nachbarn) imponiere. Eine vom Versicherten beschriebene Tendenz zu kontrollieren, ob die Tür geschlossen sei, könne nicht mit einer Zwangsstörung verbunden werden. Die geklagten täglichen Cephalaea würden am ehesten als Spannungskopfschmerzen imponieren, nicht als psychiatrische Krankheit. Eine vom Beschwerdeführer mit dem Stottern verbundene Tendenz, sich (bei Unbekannten) tendenziell unwohl zu fühlen und zurückzuhalten aus Angst, sich zu blamieren bzw. ausgelacht oder kritisiert zu werden, sei als leichtgradige Soziophobie einzuschätzen (Urk. 7/39/26).

E. 3.4.3

Ebenso schlüssig erläuterte die Gutachterin, es sei gut möglich, dass der Beschwerdeführer in der Interaktion mit Menschen, denen er die Schuld für seine belastete psychosoziale Situation zuweise (Behörden, Sozialamt) oder die ihn im Alltag «nerven» oder «provozieren» würden, dysphorisch oder impulsiv-gereizt reagiere. Zumindest deute er dies an und wirke auch in den ersten Minuten der Untersuchung provozierend und despektierlich. Gleichermassen sei aber feststellbar, dass er dieses Verhalten gut steuern könne und absolut in der Lage sei, sich Situationen adäquat anzupassen, wenn dies so gesellschaftlich oder zum eigenen Vorteil erwünscht sei. So habe er sich nach ihrem Hinweis auf seine Mitwirkungspflicht sehr rasch und sehr gut angepasst und sich als

absolut schwingungsfähig, kooperativer, freundlicher, sozial adäquat und korrekt interagierender Mann entpuppt, wenngleich mit Sinn für Drama und Theatralität sowie einer narzisstischen Sehnsucht nach Anerkennung. Auch sei es in der Erwerbsbiographie zu keinem Zeitpunkt zu einem Eklat oder abrupten Abbruch einer Anstellung, ungenügender Loyalität oder fehlendem Engagement oder ähnlichem gekommen (vgl. hierzu im Detail Urk. 7/39/11 f. ferner Urk. 7/52).

Ein rigides, in allen Lebenslagen auftretendes, inadäquates Verhaltens- oder Interaktionsmuster könne somit nicht festgestellt werden, wie dies Grundvoraussetzung für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach der ICD-10-Klassifikation sei. Zentral sei die Feststellung der willentlichen Modulationsfähigkeit des Verhaltens und der Interaktionsmuster beim Beschwerdeführer. Die beschriebene Dynamik lasse aber auf eine Manifestation von akzentuierten Persönlichkeitszügen (narzisstisch-kränkbar, allenfalls impulsiv, gegebenenfalls ängstlich-vermeidend) im Sinne von ICD-10: Z73.1 schließen. Als neurotischwertige Persönlichkeitsvariante würden diese die Arbeitsfähigkeit nicht tangieren. Der Beschwerdeführer sei sehr wohl in der Lage, in Arbeits- und Sozialbeziehungen (z.T. jahrelang) Ausdauer und Verbindlichkeit an den Tag zu legen und Befriedigung zu finden. Eine überdauernde, krankheitswertig gestörte Affektivität oder Impulskontrolle seien keineswegs belegt. Er weise ein normvariantes Streben nach Bedürfnis- und Lebensentwurf Befriedigung auf, an der er sich durch widrige psychosoziale Umstände gehindert fühle, sowie an sich gute soziale Kompetenzen und korrekte Umgangsformen; die Kognition sei gänzlich ungestört (Urk. 7/39/26 f.).

E. 3.4.4

Bei der zurückliegend beschriebenen depressiven Symptomatik handle es sich um ein reaktives Geschehen. Es seien keine wiederkehrenden rezidivierenden depressiven Phasen abgrenzbar. Vielmehr liege eine andauernde dysphorisch-dysthyme Verstimmung im Kontext der vielschichtigen Belastungssituation vor. Die habituellen Verstimmungszustände im Zusammenhang mit weitreichender Unzufriedenheit und frustrierter Selbstbetrachtung seien als neurotisch im Sinne einer dysthymen Veranlagung zu bezeichnen. Eine Dysthymia nach ICD-10: F34.1 habe als neurotische Variante keine arbeitsmedizinische Relevanz.

In der Begutachtung habe der Beschwerdeführer (neben der zeitweisen Fixierung auf das geschilderte Frustrations- bis Ungerechtigkeits erleben) mit einer an sich vorwiegend euthymen bzw. in der Interaktionssituation adäquat modulierbaren Affektivität imponiert. Daneben trete Dysphorie auf, wenn er auf die Themen Arbeit, Frauen, Polizei und Finanzen fokussiere. In diesem Kontext ventiliere er Verbitterung, Enttäuschung, Wut, Trauer sowie oft Schuldzuweisungen an Dritte. Eine aktuelle klinische Depression werde auch psychometrisch durch die gegenwärtig niedrigen Scores auf der Hamilton- und der Montgomery-Asberg-Depressionsskala widerlegt. Ein sozialer Rückzug liege nicht vor, der Beschwerdeführer pflege habituell und mit Verbindlichkeit Kontakte zu seiner Familie (Telefonate, viermal pro Jahr Reise in die Türkei) und bezeichne sich ansonsten als vom Charakter her zurückgezogene Person (Urk. 7/39/28).

E. 4.1

Soweit sich der Beschwerdeführer auf die abweichende Diagnosestellung und Arbeitsfähigkeitseinschätzung der ihn behandelnden Psychologin lic. phil. E. ___ und die mit ihr zusammenarbeitenden Psychiater beruft, ist vorweg auf die Erfahrungstatsache

hinzuweisen, dass behandelnde Arztpersonen bzw. Therapiekräfte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapiekräfte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

E. 4.2.1

Wie Dr. C.____ in ihrer kritischen Würdigung der bereits im Zeitpunkt der Begutachtung vorhandenen Arztberichte festhielt, wurden im Bericht des A.____ vom 9. Dezember 2014 eine seit Kindheit bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.10), und eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1) diagnostiziert. Diesbezüglich sei dem Beschwerdeführer eine 100%-Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahr 2011 attestiert worden (vgl. Urk. 7/16/6-9).

E. 4.2.2

Die Gutachterin legte unter Hinweis auf die von ihr diagnostizierte neurotisch-dysthyme bis dysphorische Verstimmungsveranlagung dar, dass der Bericht keinerlei Aufzeichnung einer Krankheitsentwicklung enthalte, welche die Annahme einer rezidivierenden depressiven Störung beweisen würde. Die soziale Phobie liege zwar tatsächlich vor, sei aber als leichtgradig einzustufen und in Zusammenhang mit dem Stottern zu bringen, das die Behandlerin im Bericht ignoriert habe. In den bisherigen, nicht primär kommunikativen Tätigkeiten sei diese Beeinträchtigung denn auch irrelevant. Im Weiteren sei im Bericht versäumt worden, die vielschichtige psychosoziale Belastungssituation zu beleuchten und diagnostisch festzuhalten (vgl. Urk. 7/39/32 f.).

E. 4.2.3

In Ergänzung zu den zutreffenden Ausführungen der Gutachterin zu den Versäumnissen im Bericht des A.____ ist somit hervorzuheben, dass darin im Wesentlichen die gleichen Sachverhalte wie im Gutachten beschrieben wurden: Stottern, durch Umzüge und das schwierige Verhältnis zum Vater geprägte Kindheit, Ablehnung des Heiratsantrags, Konflikte mit Mitbewohnern und Zuspitzung der finanziellen Schwierigkeiten Anfang 2013. Das Stottern wurde im Bericht also nicht gänzlich ignoriert, fand jedoch keinen Eingang in die relevanten Diagnosen. Zusätzlich erwähnt wurden im Bericht „Konflikte an Arbeitsstellen“, die nicht weiter erörtert wurden, aber (nach mehr als einem Jahr Therapie) in der Gesamtschau auch nicht zu einer in der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers begründeten Diagnose führten. Dass dieser in der Eingliederungsberatung im September 2016 erstmals aktenkundig die Beendigung der letzten Anstellung mit Mobbing bzw. einer Auseinandersetzung mit einem Albaner in

Zusammenhang brachte (Urk. 7/54/5), erfordert daher aufgrund des augenfälligen Zeitpunkts dieses Vorbringens und der Singularität des Ereignisses kein erneutes Abwägen der anamnestischen Angaben. Nicht zu überzeugen vermag im Übrigen die im Bericht attestierte volle Arbeitsunfähigkeit bereits ab dem Jahr 2011, zumal sich hierfür keine Begründung findet und Behandlungsbeginn erst im August 2013 war.

E. 4.3.1

Wie Dr. C.____ im Gutachten weiter konstatierte, stellte die Behandlerin im Bericht des B.____ vom 16. Juni 2015 zusätzlich die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nach ICD-10: F61.0 (Urk. 7/29).

E. 4.3.2

Die Gutachterin wies darauf hin, dass hierbei erneut versäumt worden sei, diese zu begründen bzw. anhand der ICD-10-Kriterien zu prüfen. Es werde auch nicht erläutert, von welcher konkreten „Kombination“ ausgegangen werde. Unter Hinweis auf ihre eigenen Ausführungen liege eine Persönlichkeitsstörung entschieden nicht vor. Es verwundere zudem, dass die Behandlerin diese Diagnose erst nach zwei Jahren Therapie gestellt habe (vgl. Urk. 7/39/32 f.).

E. 4.3.3

Erwähnenswert sind aus Sicht des Gerichts zusätzlich die im Vergleich zum Vorbericht des A.____ abgeschwächten, in sich nicht vollends schlüssigen Angaben zur Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit. So ist dem Bericht des B.____ zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer mindestens seit Beginn der Behandlung im August 2013 in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt, da er alleine nicht ins Erwerbsleben zurückfinde. Problematisch sei hier jedoch die soziale Interaktionsstörung im Rahmen der Persönlichkeitsstörung. Aufgrund der erhöhten Kränkbarkeit seien eine wohlwollende Atmosphäre und intensive Betreuung am Arbeitsplatz unerlässlich. Ansonsten sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit Widerstand/Verweigerung reagiere, so wie es sich bei jedem sozialen Kontakt und auch in der Therapie zeige. Eine Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei derzeit nicht möglich bzw. unrealistisch (Urk. 7/29). Damit wurde einerseits nicht mehr rückwirkend eine Arbeitsunfähigkeit attestiert und andererseits eingeräumt, dass der Beschwerdeführer in einem entsprechenden Umfeld (Wohlwollen, enge Führung) durchaus arbeiten kann.

E. 4.4

Im Einklang mit ihren eigenen diagnostischen Überlegungen sah die Gutachterin den Bericht des Hausarztes vom 13. Juli 2015 (Urk. 7/30/2), welcher eine volle Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 10. September 2013 „wegen psychosozialer Belastungssituation“ attestiert habe (vgl. Urk. 7/39/32 f.).

E. 4.5.1

Schliesslich nahm Dr. C.____ in der Gutachtensergänzung vom 6. Juni 2016 auch zum nach der Begutachtung verfassten Bericht des B.____ vom 22. Januar 2016 Stellung. Darin wurde mit Bezug auf die kombinierte Persönlichkeitsstörung präzisiert, es bestünden passiv-aggressive, narzisstische, histrionische und emotional instabile (impulsive) Anteile. Das Verhalten sei deutlich und selbst der Gutachterin im einmaligen Untersuchungsaufgefallen. So habe der Beschwerdeführer auch in der Begutachtung erst darauf hingewiesen werden müssen, wie man sich zu verhalten habe. Ebenso wenig sei das

impulsive Verhalten kontrollierbar, so habe er sogar ungewollt einmal seine Mutter geschlagen.

Die psychosozialen Probleme seien nicht Ursache, sondern Folge dieses Verhaltens. So sei dem Beschwerdeführer vom Sozialamt ein Zimmer in einer Wohngemeinschaft zugeteilt worden, aufgrund von Konflikten mit der Mitbewohnerin und weil er sich gestört gefühlt habe, sei er jedoch umgezogen und müsse jetzt mit dem Bruder in einem Zimmer leben. Auch sei es für ihn eine zu grosse Kränkung gewesen, als versucht worden sei, über das Sozialamt mit der „Jobkarte“ eine niedrigprozentige Beschäftigung aufzugleisen. Weinend habe er berichtet, er könne nicht in einer solchen Einrichtung arbeiten.

Im Übrigen sei die Depression rezidivierend, da eine klar abgrenzbare Episode mit Schlafstörungen, depressiver Stimmung und einer Gewichtszunahme von 10 kg nach dem abgelehnten Heiratsantrag bzw. der Trennung von der Partnerin berichtet werde. Auch seien neu die Verdachtsdiagnosen Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten ICD-10: F81.3) zu stellen. Der Beschwerdeführer sei diesbezüglich für eine neuropsychologische Untersuchung angemeldet. Hinzu komme mit Blick auf die medizinischen Massnahmen, dass aufgrund der bekanntlich schwierig zu behandelnden Persönlichkeitsstörung auch die Compliance niedrig sei.

E. 4.5.2

Dr. C.____ betonte in ihrer Stellungnahme, dass auch in diesem B.____-Bericht keine neuen medizinischen Fakten oder Tatsachen vorgebracht worden seien, die nach der ICD-10-Klassifikation geeignet wären, ihre Diagnosen oder arbeitsmedizinischen Schlussfolgerungen zu widerlegen bzw. nicht schon von ihr gewürdigt worden seien. Die Argumentation, der Beschwerdeführer könne sein Verhalten nicht modulieren, weil er zuerst von ihr habe darauf hingewiesen werden müssen, wie man sich zu verhalten habe, sei nicht nachvollziehbar, zumal er sein Verhalten dann tatsächlich korrigiert habe (Urk. 7/46).

E. 4.5.3

Die Überlegungen der Gutachterin erscheinen wiederum schlüssig. So wird in den diagnostischen Leitlinien vorweg festgehalten, dass Persönlichkeitsstörungen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster umfassen, die sich in explizit „starrten Reaktionen“ auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Bei den Kriterien wird hervorgehoben, dass die Störungen immer in der Kindheit oder Jugend beginnen und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestieren. Das auffällige Verhaltensmuster sei andauernd und gleichförmig, tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend und führe meistens zu deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 274-277).

Wie im Gutachten ausführlich dargelegt (vgl. E. 3.4.3), indizieren weder die Erwerbsbiographie (vgl. ferner auch Urk. 7/48/1, Urk. 7/52 und E. 4.2.3) noch das Beziehungsleben des Beschwerdeführers oder sein Verhalten in der Untersuchung (vgl. ferner auch Urk. 7/48/2) ein sich seit der Kindheit bzw. Jugend manifestierendes, invariables und deutlich normabweichendes Verhaltensmuster. In Bezug auf die Persönlichkeitsstörung von vornherein fehlgehen nach dem vorstehend Gesagten sowohl die Argumentation des

B.____, das diese einzig mit dem Verhalten in der Begutachtung und einer Tötlichkeit gegen die Mutter begründete, als auch die Argumentation des Beschwerdeführers, der früheren Arbeitsverhältnissen jegliche Aussagekraft absprach.

E. 4.5.4

Sodann deutet die Chronologie (Verlust der letzten Stelle im Jahr 2010, Verlust der Familienwohnung im Jahr 2012, Abhängigkeit vom Sozialamt ab Anfang 2013, Beginn einer inkonsequenten psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlung im August 2013) keineswegs auf die psychischen Beschwerden als Ursache der psychosozialen Belastungssituation hin. Vielmehr drängt sich die Frage auf, ob die zunehmend belastende Situation letztlich zu einer verselbständigten psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte. Diese Frage verneinte die Gutachterin in einer Gesamtschau ihrer Befunde und der Akten und stellte lediglich Z-Diagnosen. Wichtige Aspekte, die sie hierbei über sah, werden weder in den vorstehend diskutierten Berichten der Behandlungspersonen noch in der vom Beschwerdeführer selbst vorgenommenen „Konsistenzprüfung“ (vgl. E. 2.2 und Urk. 7/44) genannt. Im Übrigen wurde im Bericht des B.____ die rezidivierende depressive Störung mit einer ersten Episode im Jahr 2005 begründet, der Beginn der Erkrankung also nicht mehr in der Kindheit vermutet.

E. 4.6.1

Ergänzend ist auf das Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung der erwähnten Verdachtsdiagnosen in der Verhaltensneurologie D.____ hin zuweisen. Gemäss Bericht vom 5. April 2016 fanden sich insgesamt „unspezifische Minderleistungen“, insbesondere bei exekutiv-attentionalen Aufgaben mit Konzentrationsfluktuationen, Einschränkungen der fokussierten Aufmerksamkeit und mentalen Flexibilität bzw. Ideenproduktion, eine verminderte Handlungsplanung und Strukturierungsfähigkeit sowie Impulskontrolldefizite. Dominiert hätten in der Testsituation eine eingeschränkte Belastbarkeit mit reduzierter Frustrationstoleranz sowie affektiven Auffälligkeiten (Adynamie, Lustlosigkeit, Verlegenheit) bei jedoch stets gegebener Kooperation. Zudem sei ein flüchtiges, tendenziell unflüssiges Sprechen mit z.T. Satzteilabbrüchen und Wiederholungen aufgefallen; unter Berücksichtigung der eigenanamnestischen Angaben sei dies am ehesten als Residuum der frühkindlichen Sprechstörung (Stottern) interpretierbar, differentialdiagnostisch akzentuiert im Rahmen der Fremdsprachigkeit (Urk. 7/48/2).

Bei der Prüfung des kognitiven Leistungsvermögens habe der Beschwerdeführer einen Kennwert im leicht reduzierten Bereich (IQ 74) erzielt. Allerdings sei aufgrund der dargelegten konzentrativen und attentionalen-energetischen Minderleistungen von einer gewissen negativen Konfundierung der Testergebnisse und einer erschwerten Interpretierbarkeit auszugehen. Unter Berücksichtigung der Schul- und Berufsbiographie sei anzunehmen, dass die allgemeine Intelligenz mindestens im Bereich einer Lernbehinderung oder im unteren Normbereich liege. Hinweise auf eine Intelligenzminderung beständen nicht. Ebenso wenig fänden sich Hinweise auf eine schwerwiegende Störung des Gedächtnisses bzw. der Speicherfähigkeit, der Visuokonstruktion und Wahrnehmung oder der schriftsprachlichen Fähigkeiten, insbesondere nicht auf eine kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (Urk. 7/48/3).

Das testpsychologische Profil sei unter Berücksichtigung der anamnestischen Erhebungen und der Vorgeschichte im Rahmen konstitutioneller Faktoren respektive einer frühkindlich erworbenen Hirnentwicklungsstörung (Differentialdiagnose bei bekannter Sprechstörung

und Verdacht auf eine Lernbehinderung) interpretierbar. Differentialdiagnostisch sei eine Akzentuierung respektive Konfundierung durch die affektive Störung und psychologische Phänomene bei Angabe einer deutlichen psychischen Belastung und depressiven Verstimmung anzunehmen. Eine primäre Aufmerksamkeitsstörung in der Kindheit respektive eine ADHS mit Bestand im Erwachsenenalter im eigentlichen Sinne könne nicht klar ausgemacht werden, die exekutiv-attentionalen Schwächen interpretiere man am ehesten im Rahmen vermindert kognitiver Ressourcen bei Verdacht auf eine Lernbehinderung (Urk. 7/48/3).

E. 4.6.2

Die Neuropsychologin und die Verhaltensneurologin kamen, ausgehend von den testpsychologischen Werten, aber auch der [vom Beschwerdeführer] beschriebenen schwierigen psychischen Situation, zum Schluss, dass ein Wiedereinstieg ins Berufsleben und eine Stellenfindung zum jetzigen Zeitpunkt deutlich erschwert sei. In Anbetracht des allgemeinen Leistungsvermögens im unteren/unterdurchschnittlichen Bereich und aufgrund der beschriebenen Lern- und attentionalen Schwäche sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer die bestehenden Defizite nicht vollständig zu kompensieren vermöge und er wenige Fertigkeiten besitze, um erhöhte Anforderungen zu bewältigen. Die Eingliederungsfähigkeit für einfache, idealerweise manuelle/handwerkliche Tätigkeiten mit eher geringem kognitivem Anforderungsprofil wie im Beruf als Maurer oder einem äquivalenten Arbeitsfeld dürfte in rein kognitiver Hinsicht mit entsprechender Unterstützung durch die Invalidenversicherung als günstig beurteilt werden. Der erfolgreiche Wiedereinstieg und das Aufrechterhalten einer längerfristigen Tätigkeit dürfte jedoch besonders von der psychischen Stabilität und dem Arbeitsumfeld abhängig sein (Urk. 7/48/3).

E. 4.6.3

Demnach konnte bei näherer Untersuchung also keine der Verdachtsdiagnosen, weder ein ADHS noch eine kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten, bestätigt werden. Zudem konnte eine Intelligenzminderung ausgeschlossen werden. Auszumachen waren lediglich „unspezifische Minderleistungen“ im Rahmen „konstitutioneller Faktoren bzw. einer frühkindlich erworbenen Hirnentwicklungsstörung“, differentialdiagnostisch im Rahmen der angegebenen deutlichen psychischen Belastung und depressiven Verstimmung. Die Eingliederungsfähigkeit in eine kognitiv nicht anforderungsreiche Tätigkeit wurde dementsprechend als günstig beurteilt, eine Arbeitsunfähigkeit folgerichtig erst gar nicht thematisiert. Im Übrigen wurde die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen nicht allein mit den testpsychologischen Werten, sondern auch mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (allenfalls seiner Behandlerin) zu den psychischen Beschwerden begründet. In Anbetracht dessen zu prüfen wäre wohl, ob das Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung in der RAD-Stellungnahme vom 28. Juni 2016 nicht überbewertet wurde, indem ein Gesundheitsschaden als ausgemessen erachtet wurde, der einen Wiedereinstieg ins Berufsleben erschweren „kann“, weshalb mittels beruflicher Massnahmen zuerst die Leistungsfähigkeit zu ermitteln und schrittweise zu steigern sei (Urk. 7/54/4). Diese Frage kann indes offengelassen werden (vgl. E. 5.2).

E. 4.7

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass sich aus dem Verlaufsbericht des B.____ vom 11. November 2016 weder mit Bezug auf die Diagnosestellung, noch hinsichtlich der

beanspruchten Therapie irgendetwas Neues im Vergleich zu den vorstehenden zusammengefassten Berichten ergibt. Auffällig wiederum sind die angegebenen erheblichen Einschränkungen beim Belastungsprofil, welche sich weder im Rahmen des Gutachtens noch in der neuropsychologischen Abklärung bestätigen liessen und nur bedingt mit der zuvor selbst bejahten Teilnahmefähigkeit an beruflichen Massnahmen vereinbar sind (vgl. Urk. 7/55).

E. 5.1

Zusammenfassend ist somit vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. C.____ abzustellen, welche sowohl die Vorakten, als auch die geklagten Beschwerden und das Ergebnis ihrer eingehenden Untersuchung umfassend würdigte und ihre medizinischen Schlussfolgerungen unter Einbezug der Biographie des Beschwerdeführers nachvollziehbar begründete. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind somit eine Dysthymia und unspezifische kognitive Minderleistungen, die sich indes in Tätigkeiten mit geringem kognitivem Anforderungsprofil, wozu neben Maurer auch Reinigungsfachmann und Hilfsmaier zählen dürften, nicht auswirken.

Eine Dysthymie ist nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung 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. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann dies rechtsprechungsgemäss wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein betrachtet nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich. 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 8C_623/2013 vom 11. März 2014 und 9C_146/2015 vom 19. Januar 2016 E. 3.2, je mit Hinweisen). 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. Urteile des Bundesgerichts 8C_162/2015 vom 30. September 2015 E. 3.3.3 ; vgl. ferner auch Urteile des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1 und 8C_303/2016 vom 18. Juli 2016 E.5).

Vorliegend besteht indes keine massgebliche Komorbidität. Die gestellten Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als "Diagnosen" oder "Probleme" angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichtes 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Insofern sind sie auch in ihrer Summe nicht der von der Rechtsprechung beispielhaft erwähnten Persönlichkeitsstörung gleichzusetzen.

E. 5.2

Dementsprechend eindeutig fällt auch das Ergebnis des strukturierten Beweisverfahrens, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, aus. Mit Bezug auf die Ausprägung der für die Diagnose der anhaltenden affektiven Störung relevanten Befunde (BGE 141 V 281 E.

4.3.1.1) waren die Kriterien für eine depressive Episode nicht erfüllt. Es konnte nur eine Dysthymia festgestellt werden. Eine Behandlungsresistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) ist unstrittig nicht ausgewiesen. Eine konsequente oder gar stationäre Therapie fand zu keiner Zeit statt. In Bezug auf den Indikator "Komorbiditäten" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) bestehen wie erwähnt nur Z-Diagnosen. Im Übrigen sind auch keine ernsthaften somatischen Beschwerden, die den Beschwerdeführer in den vergangenen Jahren zu nennenswerten Arztbesuchen oder Therapieversuchen veranlasst hätten, aktenkundig. Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3) zeigt einen Versicherten, der regelmässige soziale Kontakte innerhalb der Familie pflegt, in einer grossen Wohngemeinschaft lebt, wöchentlich in die Moschee und manchmal in den türkischen Verein geht, regelmässig spaziert und in die Stadt geht, wo er auch isst und gerne das Kino besucht (vgl. Urk. 7/54/5 und Urk. 7/3917-19). Unter dem Aspekt der "Konsistenz" (BGE 141 V 281 E. 4.4) ist neben den erwähnten sozialen Aktivitäten und der inkonsequenten Beanspruchung einer wirkungsvollen Therapie zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer regelmässig in sein Heimatland reist. Im Übrigen wird sein Alltag vorwiegend durch den Geldmangel und die desolate Wohnsituation, nicht aber durch die psychischen Beschwerden bestimmt (vgl. Urk. 7/39/29).

Zusammenfassend lässt sich somit auch anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2, Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3) – keine für die Invalidenversicherung massgebliche Arbeitsunfähigkeit eruieren, selbst wenn die Persönlichkeit des Beschwerdeführers teilweise schwierige Züge aufweist.

E. 5.3

Fest steht denn auch, dass eine Eingliederungsfähigkeit letztlich von sämtlichen untersuchenden Arztpersonen und Therapeuten irgendwie bejaht wurde, es dem Beschwerdeführer jedoch an der subjektiven Eingliederungsbereitschaft mangelt. So erklärte er nach Kenntnisnahme sämtlicher Untersuchungsergebnisse in der Eingliederungsberatung nochmals, dass er sich nicht in der Lage fühle, an Massnahmen teilzunehmen, und den Rentenentscheid abwarten wolle. Bei Bedarf würde er sich melden (Urk. 7/54/5).

Wie das Bundesgericht im Urteil 8C_111/2018 vom 21. August 2018 E. 6.3 und 6.4 erneut betonte, stellt der Eingliederungswille der versicherten Person eine elementare Verhaltensregel dar, die auch ohne vorgängige Aufklärung seitens der Verwaltung im Rahmen der Schadenminderungspflicht Bestand hat. Zwar können berufliche Massnahmen unter anderem auch dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen. Es bedarf indes sen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person. Ist der subjektive Eingliederungswille – wie vorliegend – zu verneinen, entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und zwar ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen wäre.

E. 6.1

Zur Eventualbegründung des Beschwerdeführers ist anzumerken, dass das rechtliche Gehör im Kontext mit Expertengutachten insbesondere das Recht beinhaltet, Kenntnis vom

Inhalt des Gutachtens zu nehmen und dem Experten ergänzende Fragen zu stellen. Von der Beantwortung der Ergänzungsfragen durch den Experten kann abgesehen werden, wenn davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 130 II 425 E. 2.1., 125 I 127 E. 6c/cc, 124 V 94 E. 4b, 122 II 464 E. 4a, 122 III 219 E. 3c, SVR 2014 UV Nr. 32 S. 106, 8C_834/2013 vom 18. Juli 2014 E. 5.1; zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2014 vom 15. Januar 2015 E. 6.2-3).

Der Gehörsanspruch verlangt zudem, dass eine Behörde die Vorbringen des vom Entscheid Betroffenen tatsächlich hört und prüft. Daraus folgt die Pflicht, ihren Entscheid zu begründen. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich der Betroffene über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (Urteil des Bundesgerichts 8C_215/2016 vom 22. Juni 2016 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 184 E. 2.2.1).

E. 6.2

Es ist somit nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdegegnerin das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers verletzt, indem sie der Gutachterin nur die Stellungnahme des B. ___ zum Gutachten, nicht aber sein Begleitschreiben vom 17. Februar 2016 (Urk. 7/44) vorlegte, und sich auch im Feststellungsblatt nicht explizit dazu äusserte. Darin wurden keine neuen medizinischen Fakten oder Tatsachen vorgebracht, die der Gutachterin nicht bekannt waren. Es handelte sich lediglich um eine abweichende Beweiswürdigung, wobei in Bezug auf die wesentliche Frage nach einer invalidisierenden Persönlichkeitsstörung und depressiven Störung sowohl im ergänzten Gutachten als auch in den Erwägungen der angefochtenen Verfügung hinreichend argumentiert wurde.

E. 7

Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das Gutachten von Dr. C. ___ einen invalidisierenden Gesundheitsschaden und damit einen Rentenanspruch verneinte. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 8

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen. Die Kosten sind entsprechend dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzulegen, unter Berücksichtigung der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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

GSV Ger 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 Bundesge-
setzes 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, zuzu-
stellen.

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

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