

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00334 vom 22. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00334

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00334 du 22 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00334 del 22 novembre 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, meldete sich am 2. Juli 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte unter anderem ein polydisziplinäres Gutachten ein, das von den Ärzten der A.____ am 30. April 2014 erstattet wurde (Urk. 9/35).

Mit Vorbescheid vom 8. Mai 2014 (Urk. 9/37) stellte sie dem Versicherten in Aussicht, einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenen Einwänden (Urk. 9/39) holte die IV-Stelle unter anderem ein polydisziplinäres Gutachten ein, das von Ärzten der B.____ am 17. Januar 2017 erstattet wurde (Urk. 9/82).

Mit Verfügung vom 16. Februar 2017 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch (Urk. 9/86 = 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

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.

E. 1.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b).

E. 1.4

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, gemäss dem A.____-Gutachten vom 30. April 2014 lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 1). Gemäss den vorliegenden medizinischen Beurteilungen sei von einem seither unveränderten Zustand auszugehen. Es lägen aus psychiatrischer Sicht keine ICD-Diagnosen und keine körperlichen Krankheitsgeschehen vor, welche eine dauerhafte, erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Es seien sämtliche Tätigkeiten zumutbar, welche das Aufsuchen einer Toilette und eine regelmässige Nahrungsaufnahme ermöglichten. Damit sei weiterhin nicht von einer Invalidität auszugehen (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), aus näher dargelegten Gründen sei davon auszugehen, dass sich sein Zustand seit der A.____-Begutachtung (April 2014) verschlechtert habe (S. 7 f. Ziff. 16 ff.). Das B.____-Gutachten sei aus näher dargelegten Gründen (S. 10 ff. Ziff. 27 ff.) nicht uneingeschränkt beweistauglich (S. 10 Ziff. 26). Schliesslich äusserte er sich zu einem

allfälligen Einkommensvergleich (S. 14 f. Ziff. 37 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist mithin, wie es sich mit dem Gesundheitszustand, der Arbeitsfähigkeit und einem allfälligen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verhält.

E. 2.4

Nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist, da darüber nicht verfügt wurde, ein allfälliger Anspruch auf berufliche Massnahmen. Auf den diesbezüglichen Subeventualantrag ist deshalb nicht einzutreten.

E. 3.1

Dr. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 17. September 2012 (Urk. 9/12) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit März 2011 (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - depressive Störung - akzentuiert im Frühjahr 2012 - morbide Adipositas - Status nach Magen-Bypassoperation Mai 2004 - chronisches thorakolumbales Schmerzsyndrom - Raucherbronchitis

Es finde eine psychiatrische Behandlung statt (Ziff. 1.5).

Sie habe vom 14. Juni bis 13. Juli 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, seither könne sie die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr beurteilen (Ziff. 1.6).

Zur bisherigen Tätigkeit führte sie aus, der Patient habe laut eigenen Angaben seine Tätigkeit als Autohändler schon vor mehreren Jahren mangels Aufträgen aufgeben müssen (Ziff. 1.7).

E. 3.2

D.____, Psychologin, und E.____, Oberärztin, Sanatorium F.____, führten in ihrem Bericht vom 9. November 2012 (Urk. 9/15) aus, sie behandelten den Beschwerdeführer seit 12. Juli 2012 (Ziff. 1.2), und nannten als Diagnose eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1;

Ziff. 1.1).

Sie attestierten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 12. Juli 2012 (Ziff. 1.6). Sie erachteten eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen als unter tagesstrukturierten den Aspekten sinnvoll (Ziff. 1.7) und als fraglich, ob mit Massnahmen die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden könne (Ziff. 1.8).

E. 3.3

In ihrem Verlaufsbericht vom 26. Juni 2013 (Urk. 9/22) führte Dr. C.____ (vorstehend E. 3.1) aus, aus ihrer Sicht würden körperlich anstrengende Tätigkeiten wegen der Diskushernienproblematik mit chronischem Schmerzsyndrom sowie wegen der morbiden Adipositas ausscheiden. Für die Beurteilung der mentalen Belastbarkeit verwies sie auf die behandelnde Psychiaterin.

E. 3.4

In ihrem Bericht vom 8. Juli 2013 (Urk. 9/23) nannten die Fachpersonen des Sanatoriums F.____ bei im Übrigen gleichen Angaben wie im November 2012 (vorstehend E. 3.2) nebst der schon gestellten Diagnose zusätzlich als Differentialdiagnose (DD) eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0; Ziff. 1.1).

E. 3.5

Am 30. April 2014 erstatteten die Ärzte der A.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/35). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 4 ff., S. 9 f., S. 15, S. 19 ff.) und ihre am 3. und 12. Februar 2014 erfolgte internistische, neurologische, orthopädische und psychiatrische Untersuchung (S. 1 unten).

Sie nannten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 3): - morbid Adipositas Grad II, BMI von 39.4 kg/m² - COPD (chronic obstructive pulmonary disease ; chronisch obstruktive Lungenerkrankung) - Status nach Cholezystektomie - kein ausreichender Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, allenfalls mögliche posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung führten sie aus, die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts sei per sofort als zu 100 % gegeben anzusehen. Eine namhafte somatische Erkrankung, die der oben definierten Arbeitsfähigkeit entgegenstehe, sei nicht hinreichend wahrscheinlich. Die aktenkundig attestierte somatische spinale Einschränkung habe sich nicht objektivieren lassen und auch die leichtgradige Gonarthrose sei nicht ausreichend, um die wie angegeben definierte Arbeitsfähigkeit zu mindern (S. 26 oben).

Eine psychiatrische Erkrankung sei als allenfalls möglich einzuschätzen, deren Ausmass jedoch zumindest zweifelhaft, die aktenkundige Einschätzung einer schwerwiegenden posttraumatischen Psychopathologie beruhe auf einer unkritischen einfachen Extrapolation reklamierter Klagen mit mangelhafter Plausibilitätsprüfung, sei also zumindest versicherungsmedizinisch nicht haltbar (S. 26 Mitte).

Therapeutisch seien eine Nikotinkarenz und eine Gewichtsreduktion vorrangig, die medizinisch gut zumutbare Mitarbeit des Versicherten sei dabei auch als Mass des Leidensdrucks interpretierbar und dürfe erwartet werden. Hinsichtlich der reklamierten psychischen Beschwerden sei eine motivierte Teilnahme an psychotherapeutischen Massnahmen ebenfalls medizinisch gut zumutbar und bei einem entsprechenden Leidensdruck zu erwarten. Die Therapie könne dabei durchaus neben einer vollschichtigen Arbeitstätigkeit erfolgen (S. 26).

In allen Teilgutachten sei ein erheblicher, als bewusstseinsnah imponierender demonstrativer Beschwerdevortrag deutlich geworden, was in der bisherigen Bewertung der Klagen eine unzureichende Berücksichtigung gefunden habe (S. 26 unten).

Im psychiatrischen Teil des Gutachtens wurde ausgeführt, im psychischen Befund sei ein Wechsel von euthymer Stimmungslage mit einem dysphorischen Verhalten, Unwilligkeit, Reizbarkeit und Aggressivität zu beobachten, wobei die gesamte Präsentation erheblich verdeutlichend wirke. Eine affektive Beteiligung bei den geschilderten Beschwerden und Erlebnissen sei nicht überzeugend zu erkennen (S. 25 oben).

Die anamnestisch geschilderten Ereignisse wären zwar grundsätzlich geeignet, eine posttraumatische Belastungsstörung zu begründen, aus Sicht des Gutachters verblieben

jedoch angesichts von näher bezeichneten Diskrepanzen erhebliche Zweifel, so dass die genannte Diagnose allenfalls als möglich zu bezeichnen sei. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass die somatischen Teilgutachten deutliche Hinweise auf eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden böten, wie auch eine lineare Übernahme der reklamierten psychischen Beeinträchtigungen nicht in Betracht komme. Die langjährige erfolgreiche Erwerbsbiographie spreche ebenfalls zumindest gegen die Annahme einer die Arbeitsfähigkeit namhaft mindernden psychiatrischen Erkrankung. Überzeugende Brückensymptome mit minderndem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fehlten, vielmehr sei der Versicherte über lange Jahre auch unternehmerisch selbständig erfolgreich tätig und offensichtlich leistungsfähig gewesen (S. 25).

Die anderslautenden aktenkundigen Einschätzungen der Behandler hätten die vorgetragenen psychischen Störungen aus Sicht des Gutachters ohne hinreichend kritische Plausibilitätsprüfung übernommen und auch den fehlenden Effekt ihrer Therapie (was eine Überprüfung der diagnostischen Grundannahme erfordert hätte) und die geringe therapeutische Motivation des Versicherten nicht ausreichend reflektiert. Schon aufgrund des verdeutlichenden Beschwerdevortrages und der Hinweise auf bewusstseinsnahe Überlagerungen sei die Attestierung einer gravierenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit möglich (S. 25 unten).

E. 3.6

Am 19. Februar 2015 erstattete Dr. C.____ einen weiteren Bericht, den sie zugleich als Wiedererwägungsgesuch zum am 8. Mai 2015 ergangenen Vorbescheid bezeichnete (Urk. 9/61). Darin nannte sie als neue Diagnose einen Status nach Distalisierung der Jejunum-Jejunostomie mit Verlängerung des biliopankreatischen Schenkels am 6. Januar 2014. Bei der psychologischen Behandlung sei es infolge mutterschaftsbedingten Weggangs von D.____ zu einer Lücke gekommen.

E. 3.7

Dr. G.____, Klinik für Endokrinologie und Diabetologie, Universitätsklinikum H.____, führte in ihrem Bericht vom 23. März 2015 (Urk. 9/64/1-6) aus, der Beschwerdeführer werde seit 24. April 2014 behandelt (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - Status nach Anlage proximaler Magenbypass Mai 2004 bei Adipositas Grad III (BMI 48 kg/m²) - Status nach Distalisierung der Jejunum-Jejunostomie mit Verlängerung des biliopankreatischen Schenkels am 6. Januar 2014 bei sekundärer Gewichtszunahme (BMI 42 kg/m²) - aktuell BMI 35 kg/m² - persistierende Steatorrhoe, teils mit Stuhlinkontinenz - Eiweißunterversorgung

Zur Arbeitsunfähigkeit (als Autohändler) führte sie aus, die Therapiemöglichkeiten seien zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht voll ausgeschöpft (Ziff. 1.6).

Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne je nach Therapieerfolg und Willen des Patienten, die Therapieempfehlungen umzusetzen, gerechnet werden (Ziff. 1.9).

E. 3.8

Dr. I.____, Assistenzärztin, und Dr. J.____, Oberarzt, Sanatorium F.____, nannten in ihrem Bericht vom 14. Januar 2016 (Urk. 9/68) folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - DD andauernde Persönlichkeitsstörung (richtig: -änderung) nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) - Opfer von Verbrechen und

Terrorismus einschliesslich Folterung (ICD-10 Z65.4)

Sie führten unter anderem aus, seit dem letzten Bericht im Juli 2013 (vorstehend E. 3.4) habe sich die psychische Situation des Patienten verschlechtert (S. 1 Mitte).

Seit dem 18. März 2015 erscheine er in 1-2 wöchentlichen Abständen zur Therapie (S. 2 oben).

Die im Gutachten (vorstehend E. 3.5) beschriebene geringe affektive Beteiligung des Patienten bei der Exploration sei aus ihrer Sicht nicht aufgrund einer mangelhaften Schwere der Symptomatik zu begründen, sondern aufgrund des nicht vorhandenen Vertrauensverhältnisses zwischen ihm und dem Gutachter. Sie sähen die - näher genannten - Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung als voll erfüllt (S. 2 Mitte).

E. 3.9

Vom 13. bis 21. Januar 2016 weilte der Beschwerdeführer im Stadtspital K.____, wo am 14. Januar 2016 eine diagnostische Laparoskopie, eine Laparotomie und ein Mesolückenverschluss vorgenommen wurde (vgl. Urk. 9/82 S. 16 Ziff. 2.1.2).

E. 3.10

Am 17. Januar 2017 erstatteten die Ärzte der B.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/82). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen und vom Beschwerdeführer mitgebrachte Akten (S. 5 ff.), dessen Angaben (S. 18 ff.) und die von ihnen am 5./6. Dezember 2016 (S. 1 Mitte) erhobenen internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Befunde.

Sie nannten folgende Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 7.1.1): - Abszesse ventral im Bereich des Lebersegmentes 6 und 8, sowie am Leberunterrand bei - Status nach Mesolückenverschluss am 14. Januar 2016 bei einer Brolin-Hernie mit mechanischem Ileus - Status nach laparoskopischem Magen-Bypass mit antekolikem Jejunum- Hochzug und 150 cm proximaler Schenkellänge Mai 2004 (H.____) bei morbidem Adipositas Grad III - Status nach Distalisierung der Jejunostomie mit Verlängerung des biliopankreatischen Schenkels Januar 2014 (H.____) - aktuell: sonographisch persistierende Abszesse, Leukozytose, Thrombozytose, normochrome normozytäre Anämie

Sie nannten folgende Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 7.1.2): - Lumboschialgie rechts bei degenerativen Veränderungen der LWS, ohne neurologische Befunde - leichte Impingement-Symptomatik Schulter rechts - COPD bei persistierendem Nikotinabusus und Status nach mindestens 50 p/y - anamnestisch Asthma bronchiale - normochrome, normozytäre Anämie mit/bei latentem Eisenmangel - Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.0) - Status nach Teilnahme im Bürgerkrieg (ICD-10 Z65.5) - Verdacht auf Rentenbegehren (ICD-10 F68.0)

Anamnestisch wurde unter anderem festgehalten, der aus dem Libanon stammende Mann habe bereits im Alter von 13 Jahren im libanesischen Bürgerkrieg aktiv teilgenommen. Als Angehöriger der libanesischen Armee sei er inhaftiert und gefoltert worden. Ein Jurastudium habe er nach einem Jahr abbrechen müssen. 1990 sei ihm die Flucht in die Schweiz gelungen. Hier habe er sich den Lebensunterhalt mit Hilfsarbeitertätigkeiten bestritten, bis er sich 1998 als Autohändler selbständig gemacht habe. Er mache geltend, dass er wegen multiplen somatischen Beschwerden nicht mehr arbeiten könne (S. 39 unten).

Er habe auf Druck des Sozialamts seine Firma aufgegeben. In der Zeit ohne Arbeit, sowie auch während der Hospitalisationen, habe er viel über das frühere Leben nachgedacht, so dass Kriegs- und Foltererlebnisse ins Bewusstsein gedrungen seien und er nachts davon geträumt habe. Auf Veranlassung seines Hausarztes sei er ab 2012 ambulant im Sanatorium F. ___ behandelt worden, wobei, was er beklage, oft ein Therapeutenwechsel stattgefunden habe und er seine Lebensgeschichte daher oft habe wiederholen müssen. Schliesslich habe er diese Behandlung nach einem Aufenthalt im Spital K. ___ 2016 von sich aus abgebrochen (S. 40 oben).

Als gemeinsame Beurteilung wurde ausgeführt, aus somatischer Sicht bedinge die Steatorrhoe mit teilweiser Inkontinenz und häufigem Stuhlgang eine Minderung der Leistungsfähigkeit. Die Leberabszesse seien lege artis behandelt worden, müssten jedoch weiterhin kontrolliert und gegebenenfalls viszeralchirurgisch / infektiologisch neu beurteilt werden bei sicherer Persistenz (Bildgebung); insofern sei der Gesundheitszustand des Versicherten instabil. Da aber der Allgemeinzustand des Versicherten gut sei und die Laborwerte auf keinen akuten Infekt deuteten, werde die Leistungsfähigkeit dahin beurteilt, dass angestammt keine Leistungsfähigkeit und adaptiert eine leicht verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (S. 41 Mitte Ziff. 7.2.3).

Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Lumboischialgie rechts bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS), ohne neurologische Befunde (eine Diskushernie sei im MRI nie nachgewiesen worden). Zudem bestehe eine leichte Impingement-Symptomatik der Schulter rechts. Die klinische Untersuchung sei von Inkonsistenzen geprägt gewesen (S. 41).

Aus psychiatrischer Sicht spreche die Lebensgeschichte des Versicherten, ein schliesslich Erwerbstätigkeit als Autohändler (Geschäft mit der Heimat und Afrika, also Kriegsgebieten) für ein völlig unbehindertes Bewegungsniveau. Die geltend gemachten Symptome, die unter einer posttraumatischen Belastungsstörung subsumiert werden könnten, hätten ihn über Jahre weder bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit noch bei sonstigen sozialen Verpflichtungen behindert (S. 41 unten).

Gegen eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung spreche das recht hohe Funktionsniveau des Versicherten bis zum Auftritt der somatischen Beschwerden. Bis dahin sei er in psychischer Hinsicht beschwerdefrei gewesen. Es bestünden bei ihm aufgrund der aktuell erhobenen Anamnese und des aktuellen psychopathologischen Befundes keine psychiatrischen Diagnosen, die mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt würden (S. 41 f.). Wie im psychiatrischen Teil des Gutachtens dargestellt werde, könnten, nicht zuletzt basierend auf dem früheren Gutachten von 2014, die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht bestätigt werden. Diese hätten auch keine Auswirkungen auf die Lebensgestaltung oder auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Die sehr hohe Anspruchshaltung des Versicherten und die leichte querulatorische Tendenz schlossen einen sekundären Krankheitsgewinn nicht aus (S. 42 oben).

Polydisziplinär bestehe Einigkeit über das demonstrative Verhalten des Versicherten. Es sei aber aufgrund der internistischen Erkrankung von einer Reduktion der Leistungsfähigkeit auszugehen (S. 42 vor Ziff. 7.2.4).

Bezüglich der letzten Tätigkeit in der eigenen Autotransport-Firma bestehe aus allgemein-internistischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (S. 42 Ziff. 8.1.1). Dies gelte

ab 24. April 2014. Aufgrund der Therapie der Abszesse in den Leber segmenten - Eingriff vom 14. Januar 2016 - habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 14. Januar 2014 (richtig: 2016) bis 30. Mai 2016 (Hospitalisation plus 2 Monate Rekonvaleszenz) bestanden (S. 43 Ziff. 8.1.2).

Bezüglich Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit wurde ausgeführt, es bestehe die Notwendigkeit eines stetigen Zugangs zu einer arbeitsplatznahen Toilette sowie die Möglichkeit einer regelmässigen Nahrungszufuhr (3-5 Mahlzeiten täglich). Aufgrund dessen bestehe eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit, um dem Versicherten die zusätzlichen Pausen zu ermöglichen (S. 43 Ziff. 8.2.2).

Aus orthopädischer und aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe eine 80% Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %, dies aufgrund der internistischen Erkrankung mit Steatorrhoe, imperativem Stuhldrang und teilweiser Stuhlinkontinenz. Polydisziplinär bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Pensum von 100 %, dies aufgrund der internistischen Erkrankung. Auch diese Einschätzung gelte seit 24. April 2014 (S. 43 Ziff. 8.2.1).

Gegenüber dem A.____-Gutachten sei von allgemein-internistischer Seite der beklagten Steatorrhoe mehr Gewicht zugestanden worden. Aufgrund dessen seien in Übereinstimmung mit den behandelnden Endokrinologen die Notwendigkeit einer schnellen Erreichbarkeit einer arbeitsplatznahen Toilette sowie die vermehrte Zeit für die Toilettengänge und die regelmässige Nahrungseinnahme zugestanden worden. Als Konsequenz davon bestehe für die angestammte Tätigkeit keinerlei Arbeitsfähigkeit mehr. Für eine adaptierte Tätigkeit betrage die Leistungsfähigkeit 80 %.

Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte in seiner zuletzt ausgeführten Tätigkeit als Auto-Transporteur seit 2012 voll arbeitsfähig. Dies decke sich mit der Beurteilung des orthopädischen Gutachters im Gutachten der A.____. Aus psychiatrischer Sicht, auch unter Berücksichtigung der Schlussfolgerungen des A.____-Gutachtens, könne keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit erhoben werden (S. 44 Ziff. 9.1)

Der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich seit der letzten psychiatrischen Begutachtung nicht relevant verändert (S. 44 Ziff. 9.2).

E. 4.1

Gegen das B.____-Gutachten wurde beschwerdeweise (Urk. 1) eingewandt, es sei keine neurologische Beurteilung erfolgt, was nachzuholen sei (S. 10 Ziff. 26). Sodann bestehe eine massive Divergenz in psychiatrischer Hinsicht zwischen den Beurteilungen des Gutachters und jenen der behandelnden Ärzte (S.

10 Ziff. 27). Gemäss den von der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie erlassenen Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten sei bei massiv anderslautender Beurteilung empfohlen, beim behandelnden Arztein fremdanamnestiche Auskunft einzuholen (S. 11 Ziff. 29). Das psychiatrische Teilgutachten beschränke sich darauf, das Vorhandensein der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen zu beurteilen, und verharmlose die stattgehabten Erlebnisse (S. 11 f. Ziff. 30). Auch habe sich der Beschwerdeführer bereits im Jahr 2012 in regelmässige psychiatrische Behandlung begeben (S. 12 Ziff. 31).

E. 4.2

Eine neurologische Beurteilung erfolgte im Rahmen der A.____-Begutachtung im April 2014, welche keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen ergeben hatte (vorstehend E. 3.5). Dass bis zur Begutachtung im Dezember 2016 in neurologischer Hinsicht eine Veränderung eingetreten sei, wurde vom Beschwerdeführer weder behauptet noch belegt, und auch aus den Akten ergeben sich keine diesbezüglichen Anhaltspunkte.

Gemäss den vom Beschwerdeführer angeführten Leitlinien wird gegebenenfalls das Einholen fremdanamnesterischer Auskünfte «beim aktuell behandelnden Arzt» empfohlen. Da der Beschwerdeführer die

diesbezügliche Behandlung gemäss eigenen Angaben 2016 abgebrochen hat, wäre dies im Begutachtungszeitpunkt (Dezember 2016) gar nicht mehr möglich gewesen. Überdies unterliegt der Entscheid, fremdanamnesterische Auskünfte einzuholen oder nicht, der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Gutachters (Urteil des Bundesgerichts 9C_275/201

E. 4.3

Zusammengefasst erweisen sich die gegenüber dem B.____-Gutachten erhobenen Einwände aus den dargelegten Gründen als nicht stichhaltig. Es erfüllt sodann alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.5) vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist.

Damit ist der Sachverhalt dahingehend erstellt, dass seit 24. April 2014 zwar in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht, in einer angepassten Tätigkeit jedoch eine solche von 80 %, wobei eine solche dadurch gekennzeichnet ist, dass eine arbeitsplatznahe Toilette schnell erreichbar sein muss und dem Versicherten regelmässig mehrmals täglich Mahlzeiten erlaubt.

E. 4.4

Im Gutachten wurde nebst der schon attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit eine ebensolche

zusätzlich für die Zeit einer Hospitalisation im Januar 2016 plus 2 Monate Rekonvaleszenz attestiert (S. 43 Ziff. 8.1.2). Dies lässt sich nur so verstehen, dass sich die zweitgenannte Feststellung auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bezogen hat. Die Hospitalisation dauerte vom 13. bis 21. Januar 2016 (vorstehend E. 3.9). Somit bestand während 2 Monaten und 9 Tagen eine Arbeitsfähigkeit von 0 % statt 80 %.

Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Dies ist hier nicht der Fall.

E. 4.5

Der in der Begründung der angefochtenen Verfügung von der Beschwerde gegen den vertretenen Standpunkt, es seien in der Zeit zwischen dem A.____-Gutachten und dem B.____-Gutachten keine Veränderungen eingetreten, ist nicht entscheidungsrelevant, ist doch nicht eine Revisionsfragestellung zu prüfen, sondern eine erstmalige Zusprache.

E. 4.6

Angesichts der Erwerbsbiographie des Beschwerdeführers ist der Invaliditätsbemessung ein Tabellenlohn zugrunde zu legen. Auch das Invalideneinkommen ist vorliegend gestützt auf einen - den gleichen - Tabellenlohn festzulegen (vgl. vorstehend E. 1.3).

Dass ein Abzug (vgl. vorstehend E. 1.4) zu gewähren wäre, weil der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber mitteilen muss, welchem Anforderungsprofil er gewachsen ist (Urk. 1 S. 15 Ziff. 41), ist ein Standpunkt, der in der Rechtsprechung zum Leidensabzug keine Stütze findet, so dass ihm nicht gefolgt werden kann. Nachdem die Erschwernisse, die sich für den Beschwerdeführer aufgrund der gastroenterologischen Problematik ergeben, bereits bei der (reduzierten) Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurden, besteht kein Raum für einen zusätzlichen Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_280/2018 vom 8. Juni 2018 E. 6.4.2).

Somit entspricht die attestierte Einbusse der Arbeitsfähigkeit dem Invaliditätsgrad, der demnach 20 % beträgt. Dies begründet keinen Rentenanspruch (vgl. vorstehend E. 1.2).

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 5. 5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). 5.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat von der ihr eingeräumten Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen (Urk. 18 S. 2 Ziff. 2 Abs. 2), keinen Gebrauch gemacht. Sie ist somit ermessensweise beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, wird mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

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

E. 6

vom 19. August 2016 E. 4.3.2).

Im psychiatrischen Teil des Gutachtens wurden Ausführungen zur allgemeinen Anamnese und zum Tagesablauf (S. 26 f. Ziff. 5.2.1), zur Schul- und beruflichen Anamnese (S. 27 Ziff. 5.2.2) und zur Familien- und Sozialanamnese (S. 27 f. Ziff. 5.2.3) gemacht, es wurden die erhobenen Befunde dargestellt (S. 28 Ziff. 5.3) und schliesslich eine Beurteilung abgegeben (S. 29 ff. Ziff. 5.4). Im Rahmen dieser Beurteilung wurde ausgeführt, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne (S. 30 unten), und es wurde zu früher gestellten Diagnosen Stellung genommen (S. 29 Ziff. 5.4.2). Es trifft somit nicht zu, dass im Gutachten lediglich die früher gestellten Diagnosen beurteilt worden seien. Dass (auch) zu ihnen Stellung genommen wurde, gehört andererseits zu den hier notwendigen Bestandteilen eines Gutachtens. Insbesondere fällt dabei ins Gewicht, dass mit einlässlicher Begründung dargelegt wurde, dass sich die früher gestellten Diagnosen nicht bestätigen liessen. Bezogen auf diese inhaltliche Ebene wurde denn auch beschwerdeweise nichts vorgebracht.

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