

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00968 vom 6. April 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00968](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00968)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00968 du 6 avril 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00968 del 6 aprile 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1967, war von Juli 2013 bis September 2015

bei der Y.\_\_\_\_ GmbH als Promoter tätig, wobei der letzte Arbeitstag der 19. Mai 2015 war (Urk. 12/21 Ziff. 2.1,

Ziff. 2.3 und

Ziff. 2.7). Am 30. September 2015 (Urk. 12/4) meldete er sich wegen verschiedener Beschwerden bei der Invalidenversicherung an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und zog Akten der Unfallversicherung (Urk. 12/14) sowie der Taggeldversicherung (Urk. 12/28) bei. Sodann liess sie den Versicherten bidisziplinär (psychiatrisch und rheumatologisch) begutachten (Urk. 12/38; Urk. 12/41; Urk. 12/42). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 12/44; Urk. 12/48; Urk. 12/53; Urk. 12/56; Urk. 12/59), in dessen Rahmen weitere Arztberichte (Urk. 12/55; Urk. 12/58; Urk. 12/58) ergingen, verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 17. Juli 2017 einen Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 12/61 = 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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. 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 rentenausschliessendes 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 psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG 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 ausge wiesen 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).

### **E. 1.4**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen). Gemäss BGE 142 V 342 ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungs störung anwendbar .

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15 .

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweiselastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

## **E. 1.5**

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 Aktivitätsniveaus 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).

## **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 13. September 2017 (Urk. 1) Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Juli 2017 (Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung. Weiter beantragte er, es sei nicht auf das psychiatrische Gutachten vom 8. September 2016 abzustellen. Eventualiter sei ein psychiatrisches Gutachten bei einem psychotraumatologischen Psychiater einzuholen (S. 2).

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Eingabe vom 30. Oktober 2017 (Urk. 11) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 15. November 2017 unter antragsgemässer (Urk. 1 S. 2) Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung zur Kenntnis gebracht (Urk. 13). Der Beschwerdeführer reichte weitere medizinische Unterlagen (Urk. 16/1-3; Urk. 19/1-6; Urk. 22) ein, wovon die Beschwerdegegnerin in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 17; Urk. 20; Urk. 23).

Mit Beschluss vom 14. Dezember 2018 (Urk. 24) nahm das Gericht in Aussicht, ein polydisziplinäres Gutachten der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie einzuholen. Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs der Parteien (Urk. 26, Urk. 28, Urk. 35), in dessen Rahmen der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen einreichte (Urk. 27/1-25), ordnete das Gericht mit Beschluss vom 19. Juli 2019 das Gerichtsgutachten definitiv an (Urk. 36). Dieses wurde am 5. Dezember 2019 von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, C.\_\_\_\_, erstattet (Urk. 48). Dazu nahm der Beschwerdeführer am 28. Januar 2020 (Urk. 52) Stellung, während die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 53), wovon die Parteien am 5. Februar 2020 in Kenntnis gesetzt wurden (Urk. 54). Mit Gerichtsverfügung vom 6.

Februar 2020 ( Urk. 55) wurde die AXA Stiftung berufliche Vorsorge zum Prozess beigeladen, welche sich in der Folge nicht vernehmen liess ( Urk. 57) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) wie folgt: Aus psychiatrischer Sicht lägen keine Diagnosen vor, welche den Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit einschränkten. Aus rheumatologischer Sicht sei ihm die bisherige Tätigkeit als Promoter weiterhin in einem vollen Pensum zumutbar. Auf das im Verwaltungsverfahren eingeholte psychiatrische Gutachten sei abzustellen. Zwar seien hinsichtlich einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) im Jahr 2009 erstmals Symptome aufgetreten, jedoch habe der Beschwerdeführer trotz dieses Störungsbildes über mehrere Jahre bis im September 2015 arbeiten können. Ein Grund für die Verschlechterung bestehe nicht und aus versicherungsmedizinischer Sicht seien die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt. Eine Indikatorenprüfung sei zudem nicht vorzunehmen, da gemäss Gutachten sowohl die angestammte als auch eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (S. 1-2). Selbst wenn ein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würde, sei keine Therapieresistenz gegeben ( Urk. 11).

### **E. 2.2**

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen ( Urk. 1), er sei bereits 2009 in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen, dabei sei berichtet worden, dass er Traumatisierungen durch Gräueltaten der Taliban in seiner Heimat Afghanistan angedeutet habe. Man habe eine Therapie im Ambulatorium D. \_\_\_ empfohlen (S. 4). Dort seien die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) sowie eines Status nach schädlichem Gebrauch von Kokain gestellt worden (S. 5). Er leide an den typischen Symptomen einer PTBS und habe versucht, sich durch Arbeit abzulenken, habe dies aber nicht geschafft (S. 7). Der psychiatrische Gutachter habe entsprechende Symptome festgestellt und die PTBS als Differentialdiagnose gestellt. Ein typisches auslösendes Ereignis habe bestanden. Die Diagnosekriterien verlangten nicht, dass die Betroffenen Beweismaterial für ihre traumatischen Erfahrungen vorlegen müssten. Ebenso sei ein verzögerter Symptombeginn möglich. Die Angaben im psychiatrischen Gutachten würden durch die Ärzte der psychiatrischen Klinik E. \_\_\_ klar widerlegt. Ausserdem sei angesichts seiner tiefen Einkommen eher von Arbeitsversuchen auszugehen. Es sei eine Begutachtung mit Indikatorenprüfung notwendig (S. 8 f.).

Sein Gesundheitszustand habe sich seit Verfügungserlass am 17. Juli 2017 massiv verschlechtert. So hätten die Schmerzen im Rücken, an den Schultern und den Füßen zugenommen. Daneben seien eine Chronifizierung der schweren Depression und der Schmerzstörung sowie ein Aneurysma und Thoraxschmerzen aufgetreten, so dass er vollständig arbeitsunfähig sei ( Urk. 26 S. 2). Gestützt auf das Gerichtsgutachten sei seit dem Ende des Arbeitsverhältnisses von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, diese bestehe somit seit dem 20. Mai 2015 ( Urk. 52 S. 2 unten f.).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen sind der Invaliditätsgrad und der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3.

Die Ärzte der E.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 26. Mai bis 11. Juni 2009 stationär aufhielt, stellten mit Bericht vom 6. August 2009 (Urk. 12/3/3-5) folgende Diagnosen (S. 1): - längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) - Störungen durch Kokain, ständiger Gebrauch (ICD-10 F14.25) DD: posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Der Beschwerdeführer gebe an, seit fünf bis sechs Jahren in der Schweiz zu sein und genauso lange Kokain zu konsumieren. Seit November 2008 gehe er keiner Arbeit mehr nach und habe einen ablehnenden Asylentscheid bekommen; er hätte bereits am 3. März 2009 die Schweiz verlassen müssen und solle ausgeschafft werden. Er sei wegen Drogenhandels inhaftiert gewesen und wolle von Kokain entzogen werden (S. 1). Der Patient deute Traumatisierungen durch Gräueltaten der Taliban an (S. 2). Es werde eine ambulante Therapie im Ambulatorium D.\_\_\_\_ empfohlen (S. 3). 3.2

Vom 31. August bis 4. November 2009 unterzog sich der Beschwerdeführer einer ambulanten Behandlung im Ambulatorium D.\_\_\_\_ an der psychiatrischen Poliklinik der Universität F.\_\_\_\_. Mit Bericht vom 5. November 2009 (Urk. 12/38/50-53) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Status nach schädlichem Gebrauch von Kokain (ICD-10 F14.1) - Zukünftige Gefängnisstrafe oder andere Form der Inhaftierung Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig deutlich beeinträchtigt und vorgealtert und stehe unter starkem Leidensdruck. Neben den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung berichte er, dass er unter sehr starkem Druck stehe, da er eine Busse nicht bezahlen könne. Er habe das Ambulatorium um finanzielle Hilfe gebeten. Er bleibe in seinen Antworten stets sehr vage und teile auf die Frage, ob er auch tagsüber Szenen und Bilder aus dem Krieg sehe, mit, dass er immer wisse, was um ihn herum passiere, jedoch nicht wisse, was genau vor dieser Tür sei. Im Abschlussgespräch habe ein vorwiegend unruhiges Zustandsbild bestanden. Er sei ungehalten darüber gewesen, dass das Ambulatorium die Busse nicht zahlen könne (S. 1-2). Man habe mit ihm keine traumaspezifische Psychotherapie beginnen können, da die soziale Problematik im Vordergrund gestanden habe. Er leide weiterhin an den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung, die sich unter den gegebenen sozialen Schwierigkeiten verstärkt zeige (S. 4). 3.3

Gemäss Unfallmeldung vom 29. Mai 2015 (Urk. 12/11/22) rutschte der Beschwerdeführer am 19. Mai 2015 in einer Fussgängerunterführung aus und prallte mit Rücken und Schulter auf den Boden (Ziff. 4-6). Gemäss Zeugnis des erstbehandelnden Arztes Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hausarzt des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 12/4 Ziff. 6.5), sei dies er nach eigenen Angaben im Treppenhaus gestürzt und habe eine Kontusion des Kopfes, der Schulter und des Rückens erlitten (vgl. Urk. 12/2 Ziff. 2). Es bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit ab 19. Mai 2015 (Ziff. 8).

Eine bildgebende Untersuchung vom 4. Juni 2015 habe erosive Chondrosen L3/L4 und L4/L5 mit Verdacht auf eine Instabilität vor allem auf Höhe L4/L5 ergeben. Dort bestehe eine Spinalkanalenengung über 60% mit flacher Diskushernie und Tangierung der Nervenwurzeln L5 im Recessus beidseits (Urk. 12/12/3).

3.4

Dr. G.\_\_\_\_

diagnostizierte mit Bericht vom 22. Oktober 2015 (Urk. 12/11/1-5) ein lumbospondylogenes Syndrom (Ziff. 1.1). In der angestammten Tätigkeit bestehe seit 19. Juli 2015 volle Arbeitsunfähigkeit. Körperlich belastende Arbeiten seien nicht mehr möglich (Ziff. 1.6-1.7). Es stelle sich die Frage, ob mit einer wechseln den sitzenden und stehenden Tätigkeit eine Teilarbeitsfähigkeit erzielt werden könne (Ziff. 1.8). 3.5

Die Ärzte der Klinik H.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie, stellten mit Bericht vom 2. November 2015 (Urk. 12/13) folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit und bei - Claudicatio Symptomatik - beginnender Spondylarthrose L2-5 beidseits - mässiger Rezensusstenose L3-S1 beidseits - Status nach dreimaliger Infiltration, ohne Linderung der Beschwerdesymptomatik Die radikulären Beschwerden seien erklärbar, jedoch sei das Gesamtbild der Schmerzsymptomatik in dem vom Patienten angegebenen Ausmass radiologisch nicht erklärbar. Bei nicht klarer Lokalisierung bestehe keine Operationsindikation. Der Hausarzt des Beschwerdeführers werde um eine allfällige Zuweisung zu einer multimodalen Schmerztherapie gebeten (S. 2). 3.6

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Schreiben vom 16. Dezember 2015 (Urk. 12/20) posttraumatische Ereignisse sowie eine rezidivierende mittelgradige Depression mit somatischen Beschwerden (ICD-10 F33.3). Der Beschwerdeführer stehe seit dem 15. Oktober 2015 bei ihm in Behandlung. Die posttraumatischen Beschwerden hätten sich in den letzten Monaten verstärkt. Die traumatisierenden Ereignisse mit Alpträumen, Depressionen, zusätzlichen Körperschmerzen und der Umstand, dass seine zwei Söhne nicht in der Schweiz bleiben könnten, beeinflussten die Gefühle des Beschwerdeführers negativ und verstärkten seine Zurückgezogenheit. Aus psychiatrischer Sicht sei er aufgrund seiner geringen Belastbarkeit, Depression und Vorgeschichte zu 100 % krankgeschrieben.

Der Beschwerdeführer habe in seiner Heimat Afghanistan viele Tote und viel Blut gesehen. Er sei traumatisiert vom Krieg und den Bildern, die er gesehen habe. Zwischen 1990 und 1991 sei er mehrmals im Gefängnis gewesen. Zusätzlich habe er Angst um seine zwei erwachsenen Kinder, welche immer noch in Afghanistan lebten. Er leide unter einer Verminderung der Konzentration aufgrund der schrecklichen Bilder aus der Heimat und einer Verminderung der Ausdauer aufgrund seiner Schmerzen. Der Affekt sei flach, die Grundstimmung deprimiert. Er sei seit dem 15. Oktober 2015 zu 100 % krankgeschrieben (Schreiben vom 13. Januar 2016; Urk. 12/23). 3.7

Dr. I.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 4. Mai 2016 (Urk. 12/30) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende mittelgradige Depression mit somatischen Beschwerden (ICD-10 F33.11) - posttraumatische Ereignisse in der Heimat bestehend seit 15. Oktober 2015 Aus psychiatrischer Sicht sei eine Arbeit in einer geschützten Werkstatt sinnvoll. Im ersten Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 2.1-2.2). Die Behandlung bestehe aus Verhaltenspsychotherapie alle zwei bis drei Wochen und Medikamenten (Ziff. 3.1). 3.8

Am 8. September 2016 erstattete Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, sein unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung verfasstes psychiatrisches Gutachten (Urk. 12/38).

Der Beschwerdeführer berichte, sein Leben sei ab seiner Jugendzeit mit dem Beginn des heiligen Krieges kompliziert geworden. Er habe auch als Kämpfer am heiligen Krieg teilgenommen. Seine Eltern seien getötet worden, als eine Granate in ihr Haus geworfen worden sei. Dabei seien auch Kinder verletzt worden. Dies sei etwa 2003 geschehen, kurz vor seiner Ausreise in die Schweiz. Er sei im Alter von etwa 16 Jahren mit einer afghanischen Frau verheiratet worden, welche bei der Geburt des dritten Kindes zusammen mit diesem verstorben sei. Die beiden erwachsenen Söhne aus dieser Ehe seien von der IS verhaftet worden; der Beschwerdeführer habe seit etwa 9 Monaten keinen Kontakt mehr zu ihnen. Er sei in zweiter Ehe mit einer Schweizerin verheiratet, welche aus psychischen Gründen eine Invalidenrente beziehe (S. 18 f.).

Der Beschwerdeführer habe ein soziales Netzwerk mit zahlreichen afghanischen und pakistanischen Freunden. Er habe sich jedoch sozial zurückgezogen. Er berichte, dass Erinnerungen an den Krieg in Afghanistan sowie Schmerzen im Vordergrund seiner Beschwerden stünden. Er habe Albträume von kriegerischen Ereignissen. Zudem berichte er von sich aufdrängenden Ereignissen mit Nachhall Erinnerungen. Er sei sehr unruhig und finde keine innere Ruhe. Filmbeiträge mit Gewalt oder kriegerischen Aktivitäten meide er. Er habe erfahren, dass sein Cousin in Afghanistan enthauptet worden sei. Seither habe sich seine Symptomatik verschlechtert, er habe Angst vor allem und jedem. Wenn er unterwegs sei, dann denke er, verfolgt zu werden. Er sei traurig und habe keine Lebenslust mehr. Er habe versucht, sich durch Arbeit abzulenken, habe dies aber nicht geschafft. Er berichte, sich an nichts mehr freuen zu können, keine Interessen mehr zu haben und vergesslich zu sein (S. 20 f.).

Er habe wegen Schmerzen im Zeitraum von 2008 bis 2009 Kokain konsumiert. Afghanische Kollegen mit ähnlichen Beschwerden hätten ihm geraten, dies zu tun. Er sei von April bis November 2008 wegen Drogenhandels inhaftiert gewesen (S. 22).

Zum Tagesablauf berichte der Beschwerdeführer, er stehe zwischen 09:00 und 10:00 auf. Nach der Morgentoilette trinke er Milch und nehme seine Medikamente ein. Am Vormittag begleite er die Ehefrau nach K.\_\_\_\_, die dort aktuell einen Kurs besuche. Er gehe während dieser Zeit spazieren. Nach der Rückkehr nach Hause zwischen 13:30 und 14:00 schaue er dann Fernsehen und mache hernach einen Mittagsschlaf. Danach koche er das Mittagessen mit der Ehefrau. Dann schaue man gemeinsam Fernsehen. An der Hausarbeit beteilige er sich nicht. Zu Bett gehe er zwischen 21:00 und 22:00. Nach Einnahme der Medikamente könne er bis etwa 01:00 durchschlafen, hernach habe er Schlafstörungen. Nach Ressourcen befragt, nenne er nach langem Überlegen seine Ehefrau. Aktuell gehe er etwa zweimal im Monat zu Dr. I.\_\_\_\_ (S. 23).

Prof. J.\_\_\_\_ stellte Störungen des Kurzzeitgedächtnisses fest. Im zeitlichen Verlauf der etwa zweieinhalbstündigen Untersuchung sei es zu einem Abfall der Konzentration und der Aufmerksamkeit gekommen; der Beschwerdeführer habe dem Untersuchungsverlauf immer schwerer folgen können. Weiter stellte Prof. J.\_\_\_\_

erhöhte Arousal und eine psychomotorisch mässige Agitiertheit fest. Es würden Beziehungsideen ( Verfolgtwerden ) geäussert. Hinsichtlich der Affektivität sei die Grundstimmung zum negativen Pol verschoben. Die Schwingungsfähigkeit sei mässig eingeschränkt, die Vitalgefühle seien gemindert. Das Selbstwertempfinden sei reduziert. Die Psychomotorik sei deutlich verlangsamt und der Antrieb sei deutlich reduziert. Es bestünden eine Reduktion der Freudfähigkeit und der Interessen, ein leichter sozialer

Rückzug, verminderter Appetit, eine reduzierte Libido und passive Todeswünsche (S. 25).

Alle Antidepressiva seien nicht im Blutbild nachweisbar gewesen, ebenso wie das Analgetikum. Dies lasse Fragen zum tatsächlichen Leidensdruck des Beschwerdeführers aufkommen. Diagnostisch sei von einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom auszugehen, welche jedoch vor allem auf der Grundlage psychosozialer Probleme bestehe. Differentialdiagnostisch sei eine posttraumatische Belastungsstörung zu erwähnen. Diese Störung folge jedoch mit einer Latenz von Wochen bis Monaten, selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma. Bei wenigen Betroffenen nehme die Störung einen chronischen Verlauf über Jahre und könne in eine andauernde Persönlichkeitsstörung übergehen (S. 31). Beim Beschwerdeführer wäre das auslösende Ereignis zwar geeignet, eine derartige Störung zu verursachen, jedoch beruhten die Angaben ausschliesslich auf subjektiven anamnestischen Angaben des Versicherten. Sein Asylantrag sei 2009 abgelehnt worden. Weiter lasse sich das zeitliche Kriterium des Auftretens von Symptomen im Kontext mit dem Auslöser nicht mit Sicherheit feststellen. Aufgrund der vorliegenden objektiven Unterlagen sei es erstmals im Jahr 2009 zum Auftreten entsprechender Symptome gekommen, womit die diagnostischen Kriterien nicht erfüllt wären. Zudem habe der Beschwerdeführer bis zu seiner Entlassung im September 2015 unter diesem Störungsbild gearbeitet. Es sei nicht klar, warum sich die Verschlechterung einstellte. Die Kriterien für eine PTBS seien somit nicht erfüllt. Weiter sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen, da Diskrepanzen zwischen den subjektiven Klagen und den objektiven Befunden bestünden. Für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 spreche das Auftreten der chronischen Schmerzen im Zusammenhang mit den psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren beim somatischen Krankheitskonzept des Beschwerdeführers (S. 32).

Prof. J. \_\_\_ hielt weiter fest, es liege beim Beschwerdeführer aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht ein mässiger Gesundheitsschaden vor, wobei wesentliche Anteile des Störungsbildes durch psychosoziale Belastungsfaktoren ausgelöst seien und unterhalten würden. Zudem fänden sich zahlreiche Inkonsistenzen. Das Störungsbild sei de facto unbehandelt, da sich laborchemisch von keinem einzigen Antidepressivum auch nur Spuren nachweisen liessen. Psychosoziale Faktoren hätten eine dominierende Rolle (S. 33).

Prof. J. \_\_\_ stellte keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33): - mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), reaktiv, bei - chronischer Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren mit und bei - Problemen in Verbindung mit Ausbildung und Beruf - Problemen in Verbindung mit Arbeitslosigkeit - Problemen in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen - Betroffensein von Katastrophen, Krieg oder sonstige Feindseligkeiten

Aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht dominierten IV-fremde Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung des psychopathologischen Bildes. Zudem bestünden einige Inkonsistenzen. Insbesondere habe der Beschwerdeführer unter diesem Störungsbild, welches gemäss Akten seit 2009 bestehe, problemlos zuvor gearbeitet. Es sei kein Ereignis erkennbar, welches zum Ausbruch der Störung geführt haben sollte. Bei fehlenden Blutserumspiegeln der Antidepressiva sei der tatsächliche Leidensdruck zu hinterfragen.

Daher könne Prof. J.\_\_\_\_ aus gutachterlicher Sicht keine mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, die die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten und in einer adaptierten Tätigkeit um mehr als 20 % einschränke. Dies gelte seit der Antragstellung (S. 34). 3.9

Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, stellte in ihrem am 1. Oktober 2016 unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 12/41 /1-64) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 51): - verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei - kongenital engem Spinalkanal mit mittelschwerer Spinalkanalstenose L4/L5 und geringer auch L3/L4 bei - degenerativen Veränderungen mit schweren Spondylarthrosen L2 bis L4 beidseits sowie leichten foraminalen bzw. rezessalen Stenosen L3 bis S1 beidseits ohne Kompression neurogener Strukturen - bildgebend seit Jahren im Wesentlichen unverändert - mit unauffälligen neurologischen und elektrodiagnostischen Befunden - ohne radikuläre Zeichen Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 51): - ausgedehnte chronische Schmerzen - Adipositas - Vitamin D-Mangel - sehr leichte subklinische Hypothyreose - Status nach jahrelangem Kokainabusus mit Inhaftierung wegen Drogenhandels von April bis November 2008 - aktuell kein Nachweis von Drogen Es seien Diskrepanzen aufgefallen. So verschwinde das Schmerzstöhnen bei Ablenkung und der Beschwerdeführer zeige intermittierend einen hinkenden Gang, der sich bei Ablenkung normalisiere. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei in der Lateralflexion beidseits leicht eingeschränkt bei normaler Inklination und Reklination. Die Brust- und Halswirbelsäule seien normal beweglich. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Der Beschwerdeführer verfüge über eine erfreulich grosse Muskelmasse von 50 % , was gegen eine körperliche Schonung, wie er sie schildere, spreche. Die bildgebenden Befunde der Lendenwirbelsäule seien nicht gravierend, da keine Kompression neurogener Strukturen aufgetreten sei, dennoch hätten sie Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 52). Laborchemisch seien im Blut ein Schmerzmittel und ein Antidepressivum nachweisbar, jedoch weit unter dem therapeutischen Bereich. Dass der Beschwerdeführer anamnestisch nicht lange sitzen und nur noch fünf Minuten gehen könne, sei nicht verifiziert und lasse sich aus den Befunden nicht ableiten. Dasselbe gelte auch für seine Angaben, wonach er nur Lasten von ein bis zwei Kilogramm tragen könne (S. 53). Die angestammte Tätigkeit als Verkäufer von Telefonkarten sei für ihn adaptiert. Er könne diese Tätigkeit zu 100 % ausüben. Zudem könne der Beschwerdeführer auch als Reinigungsmitarbeiter, als Küchenhilfe oder als Barmitarbeiter uneingeschränkt tätig sein, sofern er dabei keine Lasten über 12.5 kg hantieren müsse. In der angestammten oder einer angepassten Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine besonders LWS-belastende Tätigkeit habe er nie lang andauernd ausüben können, denn er sei mit einem engen Spinalkanal zur Welt gekommen (S. 55) . 3.10

In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 1. Oktober 2016 (Urk. 12/42) wiederholten die Gutachterin und der Gutachter ihre jeweiligen Diagnosen (vgl. vorstehende E. 3.8 und 3.9) und kamen zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer LWS-schonenden Tätigkeit mit leichtem bis mittelschwerem Belastungsniveau (max. 12.5 kg) zu 100 % arbeitsfähig sei. In der angestammten Tätigkeit habe nie eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden. 3.11

Gestützt auf diese Beurteilung hielt RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, am 10. Oktober 2016 fest, der Beschwerdeführer sei in der ange stammten Tätigkeit, welche einer angepassten entspreche, durchgehend zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Er solle häufiges Heben und Tragen von Lasten ohne Hilfs mittel und längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung vermeiden, ebenso seien unerwartete asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten ( Urk. 12/ 43/ 7). 3.12

Mit Bericht vom 14. Februar 2017 ( Urk. 12/55 = Urk. 3/4 ) zuhanden der Rechts vertretung des Beschwerdeführers stellten die Fachpersonen der E.\_\_\_\_, wo sich der Beschwerdeführer vom 22. Dezember 2016 bis 26. Januar 2017 in stationärer Behandlung befunden hatte, folgende Diagnosen (S. 1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) Für die Zeit der stationären Behandlung habe für die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Es sei davon auszugehen, dass diese Arbeitsunfähigkeit auch darüber hinaus zumindest kurzfristig bestanden habe. Eine leidensangepasste Tätigkeit, beispielsweise in einfachen Sortier-

und Verpackungsaufgaben, bei der keine grosse körperliche Anstrengung zu erbringen sei und die keine grosse Verantwortung beinhalte, sei allenfalls zu 10 % zumutbar. Zudem sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch adäquate Behandlung möglich, allerdings in begrenztem Ausmass (S. 1). Die Fachpersonen hielten fest, sie gingen mit Prof. J.\_\_\_\_ hinsichtlich der Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren einig, ebenso mit der Feststellung der verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren. Allerdings erfülle der Beschwerdeführer ihrer Meinung nach die Kriterien einer schweren depressiven Episode, da alle drei für die leichte und mittelgradige depressive Episode typischen Symptome der bedrückten Stimmung, des Interessenverlusts und der Freudlosigkeit sowie der Verminderung des Antriebs und der erhöhten Ermüdbarkeit gegeben seien. Zudem seien sechs der anderen häufigen Symptome gegeben, nämlich verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, ausgeprägte Gefühle von Wertlosigkeit und Schuld, ausgeprägte negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken und ausgeprägte Schlafstörungen. Es sei laut Diagnosekriterien unwahrscheinlich, dass ein Patient während der schweren depressiven Episode in der Lage sei, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen. Diese Fähigkeiten seien beim Beschwerdeführer eingeschränkt (S. 2 Mitte). Bezüglich des während des stationären Aufenthaltes geäusserten Verdachts auf eine posttraumatische Belastungsstörung müsse eingeräumt werden, dass aufgrund der vorliegenden Informationen, insbesondere da kein Dolmetscher anwesend sei, keine ausreichende Beurteilung möglich sei, ob die Diagnose tatsächlich gerechtfertigt sei. Zwar gebe der Beschwerdeführer Flashbacks an und es seien Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und emotionale Taubheit sichtbar. Doch sei insbesondere bezüglich der Übererregung nicht abschliessend zu klären, ob diese im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung oder mit der vorliegenden depressiven Episode stünden. Allerdings sei eine genaue Evaluation ohne Dolmetscher nicht abschliessend möglich und nicht Inhalt ihres primären Behandlungsauftrages (S. 2 unten f.). Im Behandlungszeitraum habe die Arbeitsunfähigkeit 100 % betragen. Es sei nicht gerechtfertigt, anhand von fehlenden Blutserumspiegeln von Antidepressiva auf den

tatsächlichen Leidensdruck zu schliessen. Die sicherlich fragliche Compliance habe keine direkte Auswirkung auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten (S. 3 Mitte). Die Fachpersonen wiesen darauf hin, dass sie lediglich die Einschätzung schilderten, die sie aufgrund der Behandlung in einem bestimmten Zeitraum gemacht hätten. Mangels Dolmetscher habe die Verständigung mit dem Patienten beeinträchtigt gewesen sein können. Letztlich sei während der Behandlung lediglich die Stabilisierung des Patienten das Ziel gewesen und nicht die Beurteilung seiner Arbeitsfähigkeit (S. 3 unten). 3.13

Dr. I.\_\_\_\_ hielt mit Zeugnis vom 8. März 2017 ( Urk. 12/58/1) fest, der Patient leide unter einer Verminderung der Konzentration aufgrund der schrecklichen Bilder in seiner Heimat sowie einer Verminderung der Ausdauer aufgrund seiner Schmerzen, und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit somatischem Syndrom, sowie eine posttraumatische Belastungsstörung. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund der Diagnosen zu 100 % krankgeschrieben. 3.14

Im Bericht über das Erstgespräch vom 11. April 2017 ( Urk. 16/1; eingereicht am 22. November 2017) hielten die Ärzte des Ambulatoriums für D.\_\_\_\_ am N.\_\_\_\_ fest, beim Beschwerdeführer seien überlappende und interdependente Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer depressiven Episode sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu finden. Angesichts der schweren und chronifizierten Symptomatik mit progredientem Ressourcenverlust und psychosozialer Desintegration, einer beträchtlichen Vermeidungstendenz sowie zusätzlich fortbestehender Belastung durch den Kontaktverlust gegenüber den Söhnen sei von einer eingeschränkten Prognose auszugehen. Es wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Die traumaspezifische Psychopathologie sei erfüllt: So liege das traumatische Ereignis im Auffinden seiner bei einem Bombenangriff getöteten Eltern, der Versorgung seiner ebenfalls beim Angriff verletzten Kinder und im häufigen Zeuge sein von Kriegshandlungen. Er leide an Albträumen und mehrfach täglichen Flash-backs, meide den Kontakt zu anderen Menschen und versuche wenig Nachrichten zu sehen. Er verbringe viel Zeit in seinem Zimmer. Er sei misstrauisch und zeige eine deutliche Angst vor anderen Menschen, sei überzeugt, dass die meisten Menschen schlecht seien. Er leide an Schlaf- und Konzentrationsstörungen, einer erhöhten inneren Anspannung und an Reizbarkeit. Begonnen hätten die Symptome vor etwa vier Jahren nach einem unklaren Sturzereignis mit Bewusstseinsverlust während der Arbeit. Eine psychotherapeutische Behandlung, die auf eine Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse ausgerichtet sei und darauf abziele, die Intrusionen zu reduzieren, sei angezeigt. Eine antidepressive Medikation werde gegenwärtig vom Patienten abgelehnt, da er grundsätzlich vermute, dass ihm Medikamente nicht helfen würden (S. 2). Anamnestisch habe die Symptomatik 2014 begonnen, nachdem er während der Arbeit als Aussendienstmitarbeiter in einer Flüchtlingsunterkunft Handy-SIM karten verkauft habe. Er könne sich nicht erinnern, wie es zum Zusammenbruch gekommen sei. Unter den Flüchtlingen in der Unterkunft seien auch Afghanen gewesen. Er wisse noch, dass er plötzlich auf der Strasse zusammengebrochen sei. Er sei im Spital aufgewacht und habe oberflächliche Verletzungen an den Beinen gehabt. In den folgenden Wochen hätten die Symptome begonnen und im Verlauf an Intensität zugenommen. Er sei seither nicht mehr arbeitsfähig (S. 3). 3.15

Die Ärzte des Ambulatoriums für D.\_\_\_\_ am N.\_\_\_\_ stellten in ihrem am 29. Mai 2017 zuhanden der Rechtsvertretung des Beschwerdeführers erstatteten Bericht ( Urk. 12/58/2-5 = Urk. 3/3 ) die Diagnose einer schweren depressiven Störung ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Beschwerdeführer befinde sich am Ambulatorium in Behandlung; alle Termine hätten mit Unterstützung eines Dolmetschers stattgefunden. Seit Beginn der Behandlung am 1. April 2017 bestehe in der angestammten Tätigkeit als Verkäufer von Telefonkarten, als Reinigungsfachmann oder als Restaurant-Mitarbeiter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Angesichts der schweren psychiatrischen Symptomatik, welche insbesondere eine ausgeprägte soziale Angst, deutlich erhöhte Anspannung und innere Unruhe sowie reduzierte Konzentration, verminderten Antrieb, Schlafstörungen mit intrusivem Wiedererleben schwerer traumatischer Ereignisse in Form von Alpträumen und Flashbacks sowie starken Stimmungsschwankungen beinhalte, sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer gegenwärtig auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei (S. 1).

Mit der Diagnosestellung durch Prof. J.\_\_\_\_ sei man teilweise einverstanden, da man von einer schweren depressiven Episode ausgehe. Weiter sei ein Auftreten einer posttraumatischen Belastungsstörung später als sechs Monate zwar selten, aber nicht unmöglich. Das Diagnoseklassifikationssystem DSM-IV erachte die PTBS mit verzögertem Beginn als so häufig, dass dafür sogar eine eigene Subdiagnose geführt werde ("delayed onset PTSD"). Ein verzögerter Symptombeginn könne also nie als Ausschlusskriterium einer PTBS angeführt werden. Angesichts des Erlebens schwerer Kriegshandlungen im Heimatland, häufigem intrusivem Wiedererleben (Alpträume und Flashbacks), deutlichem Vermeidungsverhalten, kognitiver Veränderungen im Sinne von reduzierter Konzentration und Ängsten sowie erhöhter innerer Anspannung seien die Diagnosekriterien erfüllt. Weiter bestehe auch eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die Ärzte hielten fest, dass diese kurze Gegendarstellung naturgemäss nicht die Qualitätskriterien einer Begutachtung erfüllen und sämtliche Aspekte beleuchten könne. Dennoch rechtfertigten die geäusserten Zweifel die Einholung eines Zweitgutachtens (S. 2). 4. 4.1

Nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2017 ergingen weitere Arztberichte.

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). 4.2

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden folgende Berichte eingereicht, die den obgenannten Voraussetzungen entsprechen und damit zu berücksichtigen sind, soweit sie geeignet erscheinen, die Beurteilung zu beeinflussen:

Die Ärzte des Ambulatoriums für D. \_\_\_ am N. \_\_\_ stellten mit Bericht vom 22. November 2017 (Urk. 16/1) folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Analog zur Vorberichterstattung finde man überlappende und interdependente Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer depressiven Episode sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Angesichts der schweren und chronifizierten Symptomatik mit progredientem Ressourcenverlust und psychosozialer Desintegration, einer beträchtlichen Vermeidungstendenz sowie zusätzlich fortbestehender Belastung durch den Kontaktverlust gegenüber den Söhnen sei von einer eingeschränkten Prognose auszugehen. 4.3

Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, stellte mit Bericht vom 31. Oktober 2017 (Urk. 19/1) folgende, gekürzt wiedergegebenen Diagnosen (S. 1): - chronische Kopfschmerzen, Schwindel bei radiologisch Aneurysma an der gefensterten Arteria communicans anterior - chronisches lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom mit claudicatio Spinalis intermittens und multisegmentale Spinalkanalstenose sowie Diskushernie und Diskusprotrusion - Schulterschmerzen links bei radiologisch chronischem Outlet-Impingement bei Zeichen rezidivierender Reizung im Bereich der Rotatorenmanschette, aktuell Kapsulitis adhesiva, minimale Reizung in der Bursa und Aktivierung im AC-Gelenk bei leichter Arthrose - chronische Depression mit Angst und Panikattacken sowie Antriebsverminderung mit Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte sich Dr. O. \_\_\_ abgesehen von verschiedenen Arbeitsunfähigkeitszeugnissen (vgl. Urk. 19/2-6) nicht, dies in der Folge auch in seinen Berichten vom 9. Februar 2018 (Urk. 27/1) und 12. März 2018 (Urk. 27/7). 4.4

PD Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, Universitätsspital N. \_\_\_, führte mit Bericht vom 3. November 2017 (Urk. 27/6) aus, es ergebe sich aktuell aufgrund der Grösse des Aneurysmas mit scharfer Begrenzung keine zwingende Indikation für eine Behandlung. Es sei eine Nachkontrolle vereinbart. 4.5

Dr. O. \_\_\_ führte am 7. März 2018 eine mikrochirurgische Hemilaminektomie, eine Foraminotomie und Dekompression L3/4 und L4/5 links, eine Neurolyse und Herunterbrennen der Diskusprotrusion L3/4 und L4/5 links sowie eine Dekompression der Gegenseite L3/4 und L4/5 sowie Dekompression des NW L4 und L5 links durch (Urk. 27/8). Der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen (Urk. 27/7 S. 2). 4.6

Die Ärzte des Kantonsspitals Q. \_\_\_, Medizinische Poliklinik / Infektiologie, stellten mit Bericht vom 22. März 2018 (Urk. 22 = Urk. 27/10) folgende, hier verkürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - erfolgreich behandelte peritoneale Tuberkulose, Erstdiagnose (ED) 17. August 2017 - H. pylori assoziierte Gastritis Juni 2017 - Choleozystolithiasis, ED Mai 2017 - distale sensible Polyneuropathie der Beine, ED August 2017 - Depression - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ED 2003 - chronische Sesamoiditis

Metatarsophalangealgelenk I beidseitig - Polyarthrose Angaben zur Arbeitsfähigkeit wurden nicht gemacht. 4.7

Mit Verlaufsbericht vom 4. April 2018 ( Urk. 27/9) hielt Dr. O.\_\_\_\_ bei unveränderter Diagnose fest, dass der Beschwerdeführer über teilweise auftretende, sich danach wieder lindernde Schmerzen berichte (S. 1 unten). Aufgrund der Gesamtsituation sei er zu 100 % arbeitsunfähig und sollte eine ganze Rente erhalten (S. 3 unten ; vgl. auch Bericht vom 4. Januar 2019; Urk. 27/18 ). 4.8

Die Ärzte des Ambulatoriums für D.\_\_\_\_ am N.\_\_\_\_ hielten mit Abschlussbericht vom 18. Mai 2018 ( Urk. 27/11) bei unveränderter Diagnose fest, es seien neben einer ausgeprägten sozialen Angst, rezidivierenden Intrusionen, sozialem Rückzug und vermehrter Schreckhaftigkeit eine ausgeprägte Depressivität sowie Verbitterung vorhanden. Im Rahmen der Behandlung hätten sich sowohl eine traumaspezifische als auch eine prozessorientierte Psychotherapie aufgrund starker Verhaftung in subjektiver Hilflosigkeit sowie fehlender Bereitschaft zu kritischer Auseinandersetzung als nicht umsetzbar erwiesen. Insbesondere die Verbitterung mit stark externaler Schuld attribution habe sich als therapeutisch schwer anzugehen gezeigt. In Anbetracht der Chronifizierung und Schwere der psychischen Erkrankung sei von einer limitierten Prognose auszugehen (S. 1). Die Gespräche seien auf Wunsch des Patienten mit einem Dolmetscher geführt worden, jedoch habe sich im Verlauf gezeigt, dass er recht gut Deutsch spreche und verstehe. Für den gesamten Behandlungszeitraum habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (S. 2). 4.9

Mit Abschlussbericht vom 11. Dezember 2018 ( Urk. 27/16) über die teilstationäre Behandlung vom 11. Juli bis 11. Oktober 2018 stellten die Ärzte der integrierten Psychiatrie R.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) Zum Austrittszeitpunkt habe sich eine leicht verbesserte Stimmung sowie eine leichte Reduktion von Grübeln/Gedankenkreisen und von Selbstzweifeln gezeigt. Die Arbeitsunfähigkeit habe weiterhin 100 % betragen (S. 3). 4.10

Dr. med. S.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. T.\_\_\_\_ , Psychotherapeutin, stellten mit Bericht vom 9. Januar 2019 ( Urk. 27/17) folgende Diagnosen (S. 1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 2). 5. 5.1

Die Ärzte der C.\_\_\_\_ stellten in ihrem Gerichtsgutachten vom 5. Dezember 2019 ( Urk. 48) nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und laborchemischen Untersuchung folgende , hier teilweise verkürzt wiedergegebene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 4.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit schweren psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) - aktuelle psychotische Symptomatik mit Akosmen und diskreter paranoider Symptomatik - Erstdiagnose einer depressiven Symptomatik im Juni 2009 - seit 2015 durchgängige depressive Symptomatik, schwankend zwischen mittelgradig und schwer - psychotraumatologische Symptomatik - bei einer Anamnese mit Bürgerkriegserfahrung in Afghanistan und Flucht im Jahre 2004 - Symptomebene: - Erstbeschreibung einer psychotraumatologischen Symptomatik 2009 - schwankender Verlauf mit anamnestic durchgängiger Symptomatik und passageren Verschlechterungen 2009 und ab 2014 - Hypervigilanz , erhöhte Schreckhaftigkeit -

lebendige Erinnerungen, wiederholende Träume, affektive Überflutungen ( flashbacks ) - Vermeidungsverhalten: Am stärksten zu beobachten in der 2. Thera piesequenz im Ambulatorium für Folter- und Kriegsofopfer 2017, Traumaexposition war in der Behandlung nicht möglich - entspricht einer posttraumatischen Belastungsstörung ICD-10 F33.1 - zerviko - thorako -vertebrales und lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen ins linke Bein ohne neurologische Ausfälle - Status nach Spinalkanalstenose L3/4 > L4/5 >L5/S1 mit Nervenwurzel kompression l4 rezessal beidseits und fraglich L5 sowie S1 rezessal beidseits - Status nach mikrochirurgischer Hemilaminektomie ,

Foraminotomie und Dekompression am 7. März 2018 ( Dr. O.\_\_\_\_ ) Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7): - Kokainkonsum 2007/2008, diagnostische Einordnung bei Widersprüchen Akten/Anamnese nicht möglich - Schulterschmerzen links bei Bursitis subacromialis - peripatelläre Knieschmerzen links - fersenbetonte Fusschmerzen links ohne klare Pathologie - Helicobacter pylori-assoziierte Gastritis Juni 2017 - Cholezystolithiasis ED Mai 2017 - Vitiligo - Adipositas, BMI 32.7 kg/m<sup>2</sup> - Status nach subklinischer Hypothyreose, aktuell Normalbefund - Vitamin D - Mangel, aktuell schwer - Verdacht auf Adipositas-assoziiertes Hypoventilations-Syndrom - Velosturz am 12. Dezember 2006 (Schulterkontusion links, HWS-Kontusion links) - Sturz am 17. Juli 2012 - distale sensible Polyneuropathie der Beine, ED August 2017 gemäss Akten - Diagnose eines inzidentellen Aneurysmas der A. communicans anterior (keine Interventions-Indikation) - Status nach jahrelangem Kokainabusus - erfolgreich behandelte peritoneale Tuberkulose, ED 17. August 2017 5.2

Dem psychiatrischen Teilgutachten ( Urk. 48/2) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer, auf die in den Akten erwähnte Depression angesprochen, in Tränen ausgebrochen sei und eine Hyperventilationsneigung gezeigt habe. Er habe mitgeteilt, schon Angst zu haben, sobald davon gesprochen werde (S. 2 Mitte). Er habe nach eigenen Angaben eine Verschlechterung entwickelt, als er die SIM-Karten verkauft habe. Die Stelle habe er eigentlich in guter Erinnerung, habe aber in den Flüchtlingsheimen vermehrt Kontakt mit Landsleuten gehabt und ihre Geschichten gehört, was ihm vielleicht nicht gutgetan habe. Über seine Zeit in Afghanistan sage er, dass er starke Erinnerungen habe, wie im Film drinnen sei. Er sehe die Toten vor sich und spüre dabei auch die starken Emotionen, es sei wie ein starker Schmerz. Bei dieser Schilderung weine er affektiv stark bewegt und werde von seinen Gefühlen überflutet (S. 3). Der Gutachter führte aus, dass aufgrund der starken Symptombelastung in der aktuellen Untersuchung darauf fokussiert worden sei, Teilaspekte der Anamnese nachzuexplorieren. Der Beschwerdeführer teile mit, in etwa zwei bis drei Gefechte verwickelt gewesen zu sein, und werde dabei motorisch unruhig. Als seine Eltern gestorben seien, sei er nicht im Dorf gewesen. Man habe ihm gesagt, dass seine Eltern verwundet worden seien, und er sei sofort zurückgekehrt. Dort habe er realisiert, dass man ihn mit der Mitteilung habe schonen wollen, seine Eltern seien durch Granatbeschuss gestorben. Er sei zusammengebrochen (S. 4 Mitte). Der Leidensdruck wirke hoch und authentisch (S. 8 Mitte).

Der Befund habe ergeben, dass der Beschwerdeführer wach und bewusstseinsklar sowie allseits orientiert sei. Es liessen sich keine relevanten Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefizite beobachten. Der Versicherte wirke überpräsent, gehetzt. Es werde deutlich, dass er in der Untersuchung ermüde. Das Denken sei in der Tendenz langsam. Teilweise wirke er im Sprachfluss angetrieben (S. 9). Er fühle sich immer wieder von

hinten beobachtet und bedroht und habe das Gefühl, jemand könnte ihn angreifen. Diese Schilderung sei nicht typisch für eine Wahn symptomatik, sondern für ein Gefühl der Bedrohung bei einem Hyperarousal im Kontext einer psychotraumatologischen Symptomatik. Weiter schildere der Beschwerdeführer dissoziative und halluzinatorische Symptome. Die Mimik sei deutlich depressiv und habe sich einzig aufgehellt, als die Dolmetscherin mitgeteilt habe, ihr Vater stamme aus der selben Region wie der Versicherte. Die Psychomotorik sei sehr eingeschränkt, die Mimik depressiv, es bestehe kaum Schwingungsfähigkeit (S. 10). Affektiv bestehe eine starke innere Berührtheit nach 5 Minuten bei der Rückmeldung des Kenntnisstandes aus den Akten und eine starke affektive Überflutung, als er auf psychotraumatologische Aspekte angesprochen worden sei (S. 11 oben). Laborchemisch sei Mirtazapin nachweisbar, Quetiapin nicht. Bei einer abends eingenommenen tiefen Dosierung und der kurzen Halbwertszeit von 6 Stunden sei der Nachweis dieser Medikation nicht notwendigerweise zu erwarten (S. 11 unten).

In der aktuellen Untersuchung zeige der Versicherte eine schwere depressive Symptomatik mit zur Depression passenden psychotischen (synthymen) Symptomen. Er sei deutlich depressiv herabgestimmt und affektlabil. Die Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt, er habe einen Interessen- und Freudenverlust. Der Antrieb sei deutlich reduziert, er sei gesteigert ermüdbar. Das Selbstvertrauen sei tief. Er habe dauernd passive Sterbewünsche und immer wieder aktive Suizidgeanken. Er klage über ein vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, sei psychomotorisch gehemmt und beklage Schlafstörungen. Die für eine schwere Episode geforderten 8 Symptome seien damit mehr als erfüllt. Der Versicherte habe zudem diskrete psychotische Symptome im Sinne von Akosmen, Geräuschhalluzinationen und eine paranoide Symptomatik entwickelt, die eine geringe Wahndynamik zeige (S. 14 Mitte).

Zur psychotraumatologischen Symptomatik hielt Dr. Z.\_\_\_\_ fest, diese postuliere einen Zusammenhang von Traumatisierung und Entwicklung von psychischen Symptomen. In diesem Kontext sei die posttraumatische Belastungsstörung nur eine von vielen möglichen Reaktionsmustern nach Traumatisierungen; eine der häufigsten Störungen sei die Depression. Somit ergäben sich klinische Überschneidungen. In der ersten Hospitalisation von Mai bis Juni 2009 habe der Versicherte Traumatisierungen durch Gräueltaten der Taliban angedeutet (S. 14 unten). Anschliessend habe er im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer einen starken Leidensdruck gezeigt, über Alpträume und vegetative Übererregbarkeit berichtet. Es wurde die Diagnose einer PTBS gestellt. Der Beschwerdeführer habe aus klinischer Sicht nachvollziehbar von einem schwankenden Verlauf berichtet. 2009 seien die Symptome stärker geworden, er habe sich aber wieder stabilisieren können. 2015 sei die Problematik wieder stärker geworden, was der Beschwerdeführer auf die Kontakte mit geflüchteten Landsleuten und die zunehmende Belastung durch die Ereignisse in Afghanistan und den unklaren Verbleib seiner Söhne zurückführe. 2015 habe Dr. I.\_\_\_\_ von posttraumatischen Ereignissen geschrieben, es habe jedoch die Depression im Vordergrund gestanden. Im Gutachten von Prof. J.\_\_\_\_ würden detailliert psychotraumatologische Symptome festgehalten und beschrieben, dass die Konzentration beeinträchtigt und ein erhöhter Arousal vorhanden gewesen sei. Auch 2017 und 2018 sei eine PTBS diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer habe seit 2017 in verschiedenen Behandlungssettings versucht, sich der Auseinandersetzung mit den traumatischen Vorereignissen zu stellen. Klinisch sei es nicht aussergewöhnlich, dass dies zu einer relevanten Verschlechterung der Symptomatik und zu einem ausgeprägten

Vermeidungsverhalten, sprich zu einem nicht bewusstseinsnahen Vermeiden der therapeutischen Auseinandersetzung führen könne (S. 15).

Anamnestisch sei der Beschwerdeführer Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt gewesen. Die Traumainhalte seien in den Akten gut dokumentiert. Der Beschwerdeführer habe eine starke vegetative Begleitung mit Schwitzen, innerer Unruhe und psychomotorischer Agitiertheit gezeigt. Er habe seit 2015 einen kontinuierlichen sozialen Rückzug entwickelt (S. 16 Mitte). Es bestünden schwere bis mittelschwere Funktionseinschränkungen gemäss Mini-ICF-APP (S. 17 f.).

Zum Gutachten von Prof. J. \_\_\_ führte Dr. B. \_\_\_ aus, dessen Aussage, wonach der Beschwerdeführer Falschangaben zur Einnahme von Mirtazapin getätigt habe, könne nicht nachvollzogen werden. Dieses Medikament sei nachgewiesen worden, wobei der Referenzbereich nichts über die Compliance aussage. Es sei nicht dokumentiert, wann zuletzt und in welchem Intervall der Versicherte das Medikament genau eingenommen habe. Dass Quetiapin nicht nachweisbar gewesen sei, sage wiederum nichts über die Compliance aus. Prof. J. \_\_\_ habe dokumentiert, dass es abends eingenommen werde, die genaue Zeit werde nicht genannt. Bei der nicht retardierten Form, wie sie der Beschwerdeführer verwendet habe, bestehe eine Eliminationshalbwertszeit von 7 Stunden, womit nicht auszu-schliessen sei, dass der Nichtnachweis nur schon durch die tiefe Dosierung und die schnelle Halbwertszeit erklärt werden könnte (S. 18 unten f.). Weiter halte Prof. J. \_\_\_ fest, dass psychosoziale Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung des Störungsbildes eine dominierende Rolle spielten. Daneben stelle er die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom und halte fest, dass zwar gewisse Inkonsistenzen, aber keine Hinweise für eine Aggravation bestünden. Somit hätte Prof. J. \_\_\_ die Arbeitsfähigkeit auch mit Berücksichtigung der gestellten und dokumentierten Diagnosen diskutieren müssen (S. 19). Weiter stimme Dr. B. \_\_\_ mit Prof. J. \_\_\_ überein, was den Schweregrad der Depression angehe, die geschilderte Symptomatik sei weniger schwer ausgeprägt gewesen als in der aktuellen Untersuchung. Die Herleitung der Diagnosen durch Prof. J. \_\_\_ sei jedoch aus näher dargelegten Gründen nicht mit den Kriterien nach ICD-10 kompatibel (S. 20).

Zur Verlaufsbeurteilung hielt Dr. B. \_\_\_ fest, es habe sich seit 2015 aus der mittelschweren depressiven Symptomatik bereits im Dezember 2016 eine schwere depressive Symptomatik entwickelt, die im Bericht der E. \_\_\_ dokumentiert sei. Diese persistiere seither. Die psychotraumatologische Symptomatik werde seit dem Gutachten unverändert geschildert. Auch der dysfunktionale Umgang mit Schmerz werde unverändert geschildert und in den Akten beschrieben (S. 22 Mitte). 5.3

Aus orthopädischer Sicht (Urk. 48/3) wurden erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden gesehen (S. 13 oben). So teile der Beschwerdeführer mit, keine 10 Meter ohne Schmerzen gehen zu können, habe aber die 100 m vom Wart- ins Sprechzimmer problemlos gehen können. Bei der Untersuchung sei er völlig unkooperativ gewesen, habe die linke Schulter nur 50° an, sie sei passiv jedoch praktisch frei beweglich. Beim Händedruck drücke er links viel schwächer als rechts, obwohl dies mit der Schulter gar nichts zu tun habe (S. 11 unten). Am Rücken sei die sehr kräftige Muskulatur überall weich, werde aber überall gleichmässig als schmerzhaft und druckdolent angegeben. Eine Differenzierung dieser Schmerzen sei nicht möglich (S. 12).

Die angestammte Tätigkeit als Telefonkartenverkäufer sei optimal angepasst, es bestehe aber wegen der Schmerzen ein erhöhter Pausenbedarf. Damit bestehe für diese Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % , was seit September 2018, somit 6 Monate nach der Operation vom 7. März 2018, gelte (S. 13 Ziff. 8.1). Für andere Tätigkeiten sei ein Belastungsprofil zu beachten, wobei ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe. Da der Beschwerdeführer seit 19. Mai 2015 und 17. Juli 2017 nicht in einem anderen Zustand als heute gewesen sei, könne die Arbeitsfähigkeit gleich eingestuft werden (S. 13 Ziff. 8.2).

5.4

In der Konsensbeurteilung ( Urk. 48 S. 5 unten ff.) hielten die Gutachter fest, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die psychiatrische Einschätzung führend; eine schwere psychiatrische Erkrankung sei ausgewiesen. Aus orthopädischer Sicht zeigten sich wesentliche Diskrepanzen zwischen der Beschwerdeintensität und den tatsächlich objektivierbaren Befunden so wie zwischen der gezeigten Einschränkung und den frei beobachtbaren Bewegungsmöglichkeiten. Aus den orthopädischen Befunden resultiere eine gewisse qualitative Einschränkung und könne bestenfalls eine 20%ige Leistungsminderung aufgrund der Schmerzen begründet werden. Neurologisch könne weiterhin keine Läsion festgestellt werden, und die internistischen Befunde hätten keine spezifische Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Grundpersönlichkeit lasse sich aufgrund der eigenen Untersuchung wegen der hohen Symptombelastung nicht beurteilen (S. 8 unten). Die psychotraumatologische Symptomatik, zu der sowohl die depressive Störung wie auch die psychotraumatologische Symptomatik gehöre, sei seit 2016 trotz Behandlung weitgehend chronifiziert. Es hätten mehrere adäquate, auch Guideline-gestützte Behandlungsversuche stattgefunden. Der Versicherte habe nie traumakonfrontativ behandelt werden können, weil seit 2016 dauernd Kontraindikationen für eine konfrontative Traumatherapie bestünden (S. 9 oben).

Es bestehe derzeit eine volle Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit aus psychiatrischen Gründen. Eine Arbeit im ersten Arbeitsmarkt oder im geschützten Arbeitsumfeld sei aufgrund der psychiatrischen Diagnosen nicht möglich. Medizinische Massnahmen zur Tagesstrukturierung seien theoretisch möglich. Rein somatisch wäre die zuletzt ausgeübte Tätigkeit im Verkauf von Telefonkarten oder vergleichbaren Arbeiten optimal angepasst. Wegen der Schmerzen im Rücken könne generell ein leicht erhöhter Pausenbedarf (Arbeitsfähigkeit 80 % ) begründet werden. Die somatisch mögliche Arbeitsfähigkeit sei jedoch aus psychiatrischen Gründen nicht umsetzbar (S. 9 Mitte) .

Seit mindestens der Hospitalisation vom 22. Dezember 2016 bestehe aufgrund der schweren depressiven Symptomatik keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Zwischen Mai 2015 und 22. Dezember 2016 sei der Verlauf aufgrund der Akten nur eingeschränkt zu beurteilen. Die von Prof. J. \_\_\_ diagnostizierte mittelschwere depressive Symptomatik in Kombination mit der psychotraumatologischen Symptomatik spreche für eine mindestens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Allerdings könnten die damals geschilderten subjektiven Angaben auch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründen. Es bleibe somit rückblickend ein Ermessensspielraum offen, der mit Mitteln der medizinischen Begutachtung nicht konkretisiert werden könne. Orthopädisch sei eine Arbeitsunfähigkeit für 6 Monate spätestens ab Operation am 7. März 2018 begründbar, davor und danach bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasstem Profil (S. 9 unten ). Dieses bestehe wie folgt: Keine Lasten von mehr als 10 kg heben, keine Überkopfarbeiten mit dem linken Arm, Gehstrecke maximal 500 m, Arbeiten in ungünstigen Stellungen nur

in Ausnahmefällen, keine Exposition in zu grosser Kälte, Gehen auf unebenem Boden nur ausnahmsweise (S. 10 oben).

Aus psychiatrischer Sicht sei der Leidensdruck nachvollziehbar. Die somatisch festgestellten Diskrepanzen seien im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung einzuordnen. Inkonsistenzen ergäben sich im Hinblick auf die Schilderungen des früheren Kokainkonsums, was jedoch für die Gesamtbewertung von untergeordneter Bedeutung erscheine (S. 12). 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/ aa ).

### **E. 6.2**

Es ist vorliegend kein Grund ersichtlich, der ein Abweichen von der Beurteilung durch die Gutachter der C.\_\_\_\_ rechtfertigen würde. Das Gutachten vermag den praxisgemässen Anforderungen (vgl. vorstehend E. 1.3) vollumfänglich zu genügen. Es ist somit darauf abzustellen. Der Beweiswert des Gerichtsgutachtens wird denn auch von den Parteien nicht in Frage gestellt.

### **E. 6.3**

Die Gutachter kamen unter sorgfältiger Herleitung der Diagnose zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht an einem zerviko - thorako -vertebralen und lumbo-spondylogenen Schmerzsyndrom mit Ausstrahlungen ins linke Bein ohne neurologische Ausfälle leidet, was sich bei seiner Arbeitsfähigkeit insoweit auswirke, als dass er - mit vorübergehender vollständiger Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Operation vom 7. März 2018 - in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten seit Mai 2015 zu 80 % arbeitsfähig ist (vgl. vorstehend E. 5.3). Dies ist nachvollziehbar und schlüssig und entspricht im Wesentlichen der Einschätzung durch Dr. L.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.9), die wie Prof. A.\_\_\_\_ erhebliche somatische Diskrepanzen festgestellt hatte , jedoch von voller Arbeitsfähigkeit ausging. Massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat

die psychiatrische Erkrankung .

In psychiatrischer Hinsicht bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ die durch die behandelnden Ärzte und Fachpersonen der E.\_\_\_\_, des N.\_\_\_\_ sowie Dr. I.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen einer PTBS und einer rezidivierenden depressiven Störung mittel- bis schwergradiger Ausprägung. Er diagnostizierte eine seit 2015 durchgängige depressive Symptomatik, welche zwischen mittelgradig und schwer schwanke. Gegenwärtig bestehe eine schwere Episode mit synthymen psychotischen Symptomen. Die PTBS zeige einen schwankenden Verlauf mit passagerer Verschlechterung 2009 und 2014 (vgl. Diagnoseliste, vorstehend E. 5.1). Dr. B.\_\_\_\_ legt e nach vollziehbar dar, dass die PTBS im Kontext von Traumatisierung und Entwicklung von psychischen Symptomen nur eines von vielen möglichen Reaktionsmustern und eine der häufigsten Störungen die Depression sei. Damit ergäben sich klinische Überschneidungen (vgl. vorstehend E. 5.2). Diese Überschneidungen spiegeln sich in den Berichten der behandelnden Therapeuten durchgängig wieder (vgl. vorstehend E. 3.1, 3.6-3.7, 3.12-3.15, E. 4.2 sowie 4.8-9). Der Beschwerdeführer habe aus klinischer Sicht nachvollziehbar von einem schwankenden Verlauf berichtet, wobei die Problematik ab 2015 wieder stärker geworden sei. 2015 habe Dr. I.\_\_\_\_ von posttraumatischen Ereignissen geschrieben, es habe jedoch die Depression im Vordergrund gestanden. Prof. J.\_\_\_\_ habe detailliert psychotraumatologische Symptome, eine beeinträchtigte Konzentration und einen erhöhten Arousal beschrieben. Auch 2017 und 2018 sei eine PTBS diagnostiziert worden. Es sei nicht aussergewöhnlich, dass die vom Beschwerdeführer versuchte Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen zu einer relevanten Verschlechterung und einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten und zu einem nicht bewusstseinsnahen Vermeiden der therapeutischen Auseinandersetzung führen könne. Eine mangelnde Therapie compliance kann dem Beschwerdeführer somit nicht vorgeworfen werden. Dies gilt auch hinsichtlich der von Prof. J.\_\_\_\_ monierten Medikamentencompliance : Dr. B.\_\_\_\_ legte nachvollziehbar dar, weshalb im vorliegenden Fall aus einem tiefen Medikamentenspiegel keine genügenden Rückschlüsse gezogen werden können . Weiter bestätigte Dr. B.\_\_\_\_ bezüglich der Diagnose einer PTBS, dass der Beschwerdeführer Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt gewesen sei; die Traumainhalte seien in den Akten gut dokumentiert. An der Diagnose einer PTBS ist somit nicht zu zweifeln.

#### **E. 6.4**

Die gutachterliche Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen (vorstehend E. 1.4-5) und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist.

### **E. 6.5**

Die Berichte der behandelnden Ärzte stehen grundsätzlich in Übereinstimmung mit der Einschätzung durch die Gerichtsgutachter. Weshalb auf das Teilgutachten von Prof. J. \_\_\_ nicht abgestellt werden kann, wurde von Dr. B. \_\_\_ hinreichend dargelegt (vgl. vorstehend E. 5.2); darauf wird verwiesen. Prof. J. \_\_\_ vermochte nicht überzeugend darzulegen, weshalb die von ihm diag. nostizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei chronischer Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren keinerlei Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers habe, zudem wäre eine genauere Abgrenzung der psychosozialen Faktoren erforderlich gewesen, zumal Prof. J. \_\_\_ festhielt, diese hätten das Störungsbild ausgelöst und würden es unterhalten. Prof. J. \_\_\_ verwies zudem auf «zahlreiche Inkonsistenzen», tatsächlich nannte er jedoch nur zwei, nämlich den fehlenden Nachweis der Medikation - was von Dr. B. \_\_\_ relativiert wurde - und dass der Beschwerdeführer bis 2015 gearbeitet habe (vgl. S. 34 des Gutachtens). Insgesamt genügte dieses Gutachten den praxisgemässen Anforderungen nicht.

### **E. 6.6**

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hielten die Gutachter fest, es bestehe mindestens ab 2. Dezember 2016, dem Zeitpunkt der Hospitalisation in der E. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.12), aufgrund der persistierenden schweren depressiven Symptomatik keine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr. Zwischen Mai 2015 und 2. Dezember 2016 sei der Verlauf aufgrund der Akten nur eingeschränkt zu beurteilen. Die von Prof. J. \_\_\_ diagnostizierte mittelschwere depressive Symptomatik in Kombination mit der psychotraumatologischen Symptomatik spreche für eine mindestens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wobei die damals geschilderten subjektiven Angaben auch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Damit bleibe ein Ermessensspielraum, der mit Mitteln der medizinischen Begutachtung nicht konkretisiert werden könne (vgl. vorstehend E. 5.3).

Das Wartejahr begann im Mai 2015 und lief im Mai 2016 ab (vgl. Urk. 12/28/23). Zu diesem Zeitpunkt attestierte Dr. I. \_\_\_ dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.7). Die Begutachtung durch Prof. J. \_\_\_ fand am 28. August 2016 statt (vgl. Urk. 12/38 S. 1). Gestützt auf die Beurteilung durch Dr. B. \_\_\_ , wonach ab Mai 2015 eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, ist von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Mai 2016 auszugehen. Für eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, wie sie Dr. I. \_\_\_ annahm, bestehen jedoch keine genügenden Anhaltspunkte, zumal sowohl Dr. I. \_\_\_ als auch Prof. J. \_\_\_ in diesem Zeitraum lediglich eine rezidivierende depressive Episode mittel- und nicht schwergradiger Ausprägung diagnostizierten.

Somit bestand ab Mai 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und ab Dezember 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeder Tätigkeit. 7. 7.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum

Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 7.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). 7.3

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1). 7.4

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten und jeder anderen Tätigkeit ergibt sich ab Mai 2016 ein Invaliditätsgrad von 50 %. Ab Dezember 2016 bestand eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeder Tätigkeit und damit ein Invaliditätsgrad von 100 % .

Gemäss Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Zunahme der Hilflosigkeit oder Erhöhung des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes

oder Hilfebedarfs zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate ange dauert hat. Art. 29 bis IVV ist sinngemäss anwendbar.

Die Erhöhung eines Rentenanspruchs setzt demnach eine relevante Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit von drei (vollen) Monaten (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3 mit Hinweis auf ZAK 1986 S. 345), aber kein neues Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_985/2009 vom 2. März 2010 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Dies gilt nicht nur bei der revisionsweisen Neufestsetzung einer laufenden Rente, sondern auch dann, wenn gleichzeitig rückwirkend beispielsweise eine halbe und eine diese ablösende ganze Rente zugeprochen wird (BGE 121 V 264 E. 6a und E. 6b/ dd mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 9C\_718/2008 vom 2. Dezember 2008 E. 4.1.1 und I 792/06 vom 26. September 2007 E. 8.2). 7.5

Somit hat der Beschwerdeführer ab Mai 2016 Anspruch auf eine halbe und ab März 2017 auf eine ganze Rente.

Der angefochtene Entscheid ist nicht rechtens. Dies führt zur Guttheissung der Beschwerde.

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

### **E. 8.1**

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 8.2**

Die Kosten eines Gerichtsgutachtens können dem Versicherungsträger auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind, und zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt (vgl. BGE 139 V 225 E. 4.2 mit Verweis auf BGE 137 V 210).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten von Prof. J.\_\_\_\_ , obwohl diese s nicht zu überzeugen vermag (vgl. vorstehend E. 6.5). Dementsprechend sind der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten in Höhe von Fr. 14'753.60 aufzuerlegen.

### **E. 8.3**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die vertretene obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten.

Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer )

und sind vorliegend beim praxisgemässen Stundensatz von Fr. 185.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 3'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In Guthabehaltung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 17. Juli 2017 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2016 Anspruch auf eine halbe und ab 1. März 2017 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten im Betrag von Fr. 14'753.60 zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap , unter Beilage einer Kopie von Urk. 57 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 57 - AXA Stiftung Zusatzvorsorge - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 MosimannLienhard

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