

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01151 vom 21. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01151

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01151 du 21 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01151 del 21 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1975 geborene X.____ (verheiratet und Vater von 2 Kindern, geboren 2008 und 2013) reiste 2003 als Asylbewerber aus dem Irak in die Schweiz ein und war zuletzt vom 1. Februar 2014 bis 31. Januar 2016 als Küchenhilfe im Restaurant der Z.____ bei einem 100%-Pensum angestellt (Urk. 7/7 und Urk. 7/16). Am 16. Juni 2015 rutschte er in der Restaurant-Küche aus und fiel auf den Rücken und Hinterkopf, woraufhin die Swica

Versicherung AG als Unfallversicherung auf den Schaden eintrat und Heilbehandlung sowie Taggeld gewährte (Urk. 7/12). Am 29. Dezember 2015 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/7). In der Folge tätigte die IV-Stelle medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung bei. Mit Schreiben vom 10. Mai 2016 teilte sie X.____ mit, dass bis zur Klärung der medizinischen Situation keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/26). Gestützt auf die von der Swica in Auftrag gegebene Aktenbeurteilung der A.____ vom 9. Dezember 2015 (Urk. 7/12 S. 4-9) und auf das Gutachten von Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, vom 15. Juli 2016 (Urk. 7/37 S. 5-12) stellte die Swica ihre Leistungen per 31.

Mai 2016 ein (Urk. 7/37 S. 3 f.). Die IV-Stelle liess X.____ durch die C.____ polydisziplinär begutachten (C.____-Gutachten vom 30. Januar 2017, Urk. 7/49). Nach durchgeführter Eingliederungsberatung (Urk. 7/54) teilte die IV-Stelle dem Versicherten am 14.

März 2017 mit, dass eine Arbeitsvermittlung zurzeit nicht möglich sei (Urk. 7/53). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/56, Urk. 7/59, Urk. 7/61, Urk. 7/65 und Urk. 7/67) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Oktober 2017 das Leistungsbegehren (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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1; 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 (BGE 143 V 418) hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die

Anerkennung eines renten begründenden 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 daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislustete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.4

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

E. 2

.

Dem Beschwerdeführer sei eine Schadenminderungspflicht aufzuerlegen.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) auf den Standpunkt, dass mit der diagnostizierten mittelschweren depressiven Episode zwar eine psychische Erkrankung vorliege, diese aber gemäss vorgekommener Ressourcenprüfung

keinen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden darstelle. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei aus rechtlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Dem Beschwerdeführer seien überdies berufliche Massnahmen (Arbeitsvermittlung) angeboten worden, doch habe er sich subjektiv nicht arbeitsfähig gefühlt. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung werde empfohlen, die medikamentöse Behandlung sowie das Intervall der Therapiesitzungen zu verbessern und zu intensivieren.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht (Urk. 1), dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht selbständig eine Ressourcenprüfung vorgenommen habe. Zudem hätte ihm vorgängig eine konkrete Schadenminderungspflicht im Zusammenhang mit der Optimierung der psychiatrischen Behandlung auferlegt werden müssen. 3.

E. 3

Nach Einhaltung der Schadenminderungspflicht sei die Arbeitsfähigkeit und der Anspruch auf eine Rentenleistung der Invalidenversicherung erneut zu prüfen.

E. 3.1

Im Bericht der A.____ vom 9. Dezember 2015 (Urk. 7/12 S. 4-9) zuhanden der Swica wurde festgehalten, dass aus expertenmedizinischer Sicht aufgrund der radiologisch beschriebenen Veränderungen im Bereich des lumbosakralen Überganges und des 4. HWK auf eine traumatische ossäre Schädigung zu schliessen sei, welche überwiegend wahrscheinlich unfallkausal zu deuten sei. Bis zur völligen Ausheilung sei mit einem Zeitbedarf von 6-9 Monaten zu rechnen. Grundsätzlich sei ab circa 6 Monaten postoperativ eine schrittweise Steigerung des Belastungsspensums bei weiter gutem Verlauf der Fraktur und fehlender posttraumatischer Fehlstellung im Bereich der HWS und der LWS innerhalb von 6-8 Wochen vorzuschlagen.

E. 3.2

Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation, stellte in ihrem Bericht vom 11. Januar 2016 (Urk. 7/23) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Posttraumatisches Thorakolumbovertebralsyndrom nach Kontusion der LWS mit Bone-Crush im Bereich LWK-4

-

Os ilium -Fraktur beidseits

-

Contusio
capitis

-

Posttraumatisches Lumbovertebralsyndrom

Der Beschwerdeführer sei seit dem 17. Juni 2015 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Die bisherige Tätigkeit mit langem Sitzen und Stehen sei ihm nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm dagegen mit vollem Pensum möglich, wobei bald mit einer Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne. Die Prognose sei gut.

E. 3.3

Nachdem ein 50%iger Arbeitsversuch gescheitert war, führte Dr. D.____ in ihrem Bericht vom 17. Mai 2016 (Urk. 7/33) aus, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zukünftig nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Leistungsfähigkeit sei vermindert. Die Prognose sei offen.

E. 3.4

Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit dem 18. Februar 2016 behandelt, nannte in seinem Bericht vom 13. Juli 2016 (Urk. 7/34) zuhanden der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

-

Anhaltende mittel- bis schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom ohne psychotische Syndrome im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F 33.11 und F 33.21)

-

Anhaltende somatoforme Schmerzstörung als Folge des Unfalles (ICD-10: F 45.4)

-

Differentialdiagnose: andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Aufgrund des unbefriedigenden Behandlungsverlaufs betreffend Folgeschaden des Unfalles habe sich die Erkrankung chronifiziert und die Prognose sei eher ungünstig. Die installierte Therapie (stützende Gespräche mit Psychopharmaka unterstützt) sei weiterzuführen.

E. 3.5

Dr. B.____ diagnostizierte in seiner medizinischen Begutachtung vom 15. Juli 2016 (Urk. 7/37 S. 5-12) invalideisierende Schmerzen Kopf bis Sakrum nach Rücken-/Kopfkontusion am 16.

Juni 2015 mit Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung, sehr wahrscheinlich im Rahmen eines posttraumatischen Belastungssyndroms. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden hätten mit grösster Wahrscheinlichkeit keinen unfallbedingtes Korrelat mehr, doch habe dies angesichts mangelnder Zusammenarbeit des Beschwerdeführers nicht mittels MRI objektiviert werden können. Die vom Beschwerdeführer dargestellte Schmerzhaftigkeit sei aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar. Über die psychiatrischen Diagnosen sei nichts bekannt. Die Schmerzmittel und die Physiotherapie

beeinflussten die Schmerzen wenig bis gar nicht. Retrospektiv sei den Überlegungen der A.____ vom 9. Dezember 2015 (vgl. E. 3.1) zu folgen, sodass der Status quo sine 9 Monate nach Kontusion wieder erreicht sei. Das heiße, die Schmerzen seien ab dem 17. März 2016 nicht mehr als unfallbedingt zu betrachten. Mit einer Besserung dieses Zustandsbildes könne eigentlich nicht mehr gerechnet werden. Das Ganze dürfte sich chronifizieren und der Beschwerdeführer dürfte sich in Richtung Invalidenrente bewegen. Eine psychiatrische Abklärung sei längerfristig sicher angezeigt, werde aber am Verlauf nichts mehr ändern. Aufgrund unfallbedingter Ursachen sei der Beschwerdeführer ab dem 17. März 2016 wieder zu 100 % arbeitsfähig. Aufgrund des dargestellten Schmerzzustandes sei er aber nicht mehr arbeitsfähig. Das jetzt gezeigte theatrale Schmerzbild sei unfallbedingt nicht möglich, die zur Schau gestellte Schmerzhaftigkeit so theatralisch und übertrieben, dass es eigentlich lachhaft wirke.

E. 3.6

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 5. Oktober 2016 (Urk. 7/41) zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Rückenkontusion bei Sturz am 16. Juni 2015 mit beidseitiger Fraktur Os ilium und sacrum sowie C4-Kontusion mit bone

bruise. Der Verlauf sei protrahiert. Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Kochgehilfe seit dem 16. Juni 2015 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig. Arbeiten mit Belastung der Wirbelsäule könne er nicht mehr verrichten. Ab August 2016 sei dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 50

% zumutbar.

E. 3.7

Das polydisziplinäre

(orthopädisch-rheumatologische, internistische, psychiatrische und neurologische) C.____-Gutachten vom 30. Januar 2017 (Urk. 7/49) nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F 32.1)

-

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10: Z 73)

-

Lumbosakrales Syndrom ohne behinderungsrelevantes Korrelat

-

Senk-Spreiz-Knickfuß beidseits

-

Verdacht auf Hypertonus

-

Vitamin-D-Mangel

Der Beschwerdeführer gebe seit einem Sturz am 16. Juni 2015 anhaltende bewegungsabhängige lokale Schmerzen im Gesäss an. Ausserdem habe er rezidivierende Schmerzen „wie Strom“ im rechten Kniegelenk. Der Untersuchungsbefund des reizlosen rechten Kniegelenks sei vollkommen regelrecht und erkläre die angegebenen Beschwerden nicht. Der Untersuchungsbefund der LWS zeige keine Hinweise auf das Vorliegen einer Reizung lumbaler Nervenzweige, auch wenn während der Untersuchung eine permanente Schon- und Fehlhaltung, eine massiv eingeschränkte Beweglichkeit und eine nicht nachvollziehbare Fussienkschwäche rechts demonstriert worden sei. Im zeitnah zum Sturz durchgeführten MRI der LWS vom 26. August 2015 seien im Bereich der LWS keine traumatischen Veränderungen gesehen worden. Das ebenfalls beschriebene Knochenmarksödem im Os ilium beidseits sei von radiologischer Seite als Status nach beidseitiger dorsaler Os ilium -Fraktur (über-) interpretiert worden. Dies sei von orthopädisch-traumatologischer Seite anhand des geschilderten Sturzherganges und der bis dahin in den Akten nachlesbaren angegebenen Schmerzen nicht nachvollziehbar. Es bestehe aufgrund der aktuellen klinischen und vorliegenden radiologischen Befunde des Beschwerdeführers von orthopädisch-traumatologischer Seite keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, weder in der bisherigen noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit.

Der initiale Neurostatus, die CT-Befunde des Schädels, der HWS, BWS und LWS seien regelrecht, es finde sich lediglich eine lumbosakrale Übergangsanomalie mit Sakralisation LWK 5 beidseits. Somit ergebe die initiale Diagnostik nach dem Sturz keine neurologischen Auffälligkeiten, insbesondere keine Hinweise für eine zentrale oder periphere Nervenschädigung durch den Sturz. Im Juli 2015 habe der Beschwerdeführer unverändert über beträchtliche Schmerzen im thorakolumbalen Bereich berichtet, jedoch habe er die Nacken- und Kopfschmerzen als gebessert angegeben. Die anschliessende kernspintomographische Untersuchung der LWS vom 26. August 2015 habe unverändert keinen Nachweis einer traumatischen Läsion im Bereich der LWS ergeben. Die aktuelle neurologische Begutachtung ergebe die gleichen Befunde wie bei der Untersuchung von Dr. F. ___ im März 2016. Nach wie vor klagt der Beschwerdeführer über ein massives Schmerzsyndrom, und es zeige sich ein bizarres Gangbild, welches aufgrund des unauffälligen neurologischen Befundes nicht organisch erklärbar sei. Auf neurologischem Gebiet ergäben sich aufgrund des Sturzes keine neurologischen Ausfalls- oder Reizerscheinungen, insbesondere fänden sich keine Hinweise für eine Radikulopathie, Plexusläsion oder andersartige periphere oder zentrale Nervenschädigung. Auf neurologischem Gebiet bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Im Fachgebiet der Inneren Medizin fänden sich keine Erkrankungen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden. Bei den Laboruntersuchungen finde sich ein erniedrigter Vitamin-D-Spiegel - hausärztlicherseits sollte eine Substitution durchgeführt werden. Eine interne Ursache für die Kopfschmerzen des Versicherten finde sich nicht. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit betrage aus rein interner Sicht 100

%.

Anlässlich der psychiatrischen Exploration habe sich Folgendes gezeigt: Der 41-jährige Versicherte stamme aus dem Irak, sei schiitischen Glaubens und sei 1991 gemeinsam mit seinem Bruder und dem Vater inhaftiert worden. Nach persönlicher Folterung und extremer Folterung des Vaters sei der Vater vor den Augen des Beschwerdeführers erschossen worden. In der Folgezeit seien tief verwurzelte Ängste und eine erhöhte Angstbereitschaft erste Merkmale für die Entwicklung eines psychischen Traumas gewesen. Es hätten anhaltende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis, sich aufdrängende Erinnerungen wie Nachhallinnerungen, Flashbacks, Träume und Alpträume gefolgt. Die negative Erfahrung mit den Ärzten des Saddam-Regimes kurz vor der Erschiessung des Vaters hätte ein massives Misstrauen gegenüber Ärzten zur Folge gehabt. Während der Flucht und der Unterkunft in der Asylanteneinrichtung in Zürich hätten sich weiterhin quälende Symptome gezeigt. Ein Versuch im Jahr 2007 eine Psychotherapie

durchzuführen, sei aufgrund seiner Ängstlichkeit gescheitert. Die Eheschließung und Familiengründung hätten seine psychischen Ressourcen mobilisiert. Seine Stärken und die vorhandene Intelligenz seien als Bewältigungsversuch eingesetzt worden und somit sei es ihm gelungen, durch verschiedene Arbeiten die Familie zu ernähren. Der Unfall mit den somatisch bekannten Folgen, den intensiven Schmerzen und der folgenden Arbeitsunfähigkeit hätten den Beschwerdeführer psychisch labilisiert und das Trauma erneut aktualisiert. Der Beschwerdeführer beginne sich wieder ausgeliefert zu fühlen, habe depressive Symptome sowie auch psychosomatische Symptome im Sinne einer gestörten Schmerzverarbeitung entwickelt. In diesem Zusammenhang sei die Querschnittsdiagnose einer mittelschweren depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung evident. Eine psychiatrische ambulante Behandlung finde statt. Der Beschwerdeführer profitiere von der Therapie, zeige die Einsicht, Zusammenhänge verstehen zu wollen. Er weise bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit gewisse qualitative Einschränkungen auf. Die Tätigkeit zuletzt als Hilfskraft in einer Restaurantküche sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr zu empfehlen. Wiedereingliederungsmassnahmen seien jedoch sinnvoll. Eine Tätigkeit, die zu Triggerung des Schmerzgedächtnisses führen würde, werde bei der vorhandenen Psychopathologie des Beschwerdeführers eine Verschlimmerung der Traumafolgestörungen haben. Während der Untersuchung seien Verdeutlichungstendenzen im Sinne der Ausbreitung des Schmerzerlebens über mehrere Bereiche des Körpers sichtbar gewesen. Dabei handle es sich nicht um eine bewusste Aggravation, obwohl es teilweise theatralisch gewirkt habe. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit aktuell beeinträchtigt und zwar 50

% sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für eine maximal angepasste Tätigkeit. Im Rahmen der vorgenommenen Prüfung der Standardindikatoren (UrK. 7/49 S. 45 ff.) führte der psychiatrische Gutachter zum Komplex «Gesundheitsschädigung» in der Kategorie «funktioneller Schweregrad» aus, dass sich noch kein Behandlungserfolg bemerkbar gemacht habe und angesichts der Kürze der bisherigen Behandlung nicht von einer Resistenz gesprochen werden könne. Eine Eingliederung sei bisher nicht durchgeführt worden, sei psychiatrischerseits aber dringend indiziert. Neben der mittelgradigen Depression bestehe eine komorbide posttraumatische Belastungsstörung. Zum Komplex «Persönlichkeit» verwies der begutachtende Psychiater auf die Tatsache, dass die Persönlichkeit recht gesunde Anteile zeige und bis zum Unfallereignis im Juni 2015 keine

Akzentuierungsmerkmale feststellbar gewesen seien, was dafür spreche, dass bei entsprechenden therapeutischen Interventionen die gesunde Persönlichkeitsstruktur erhalten bleiben könne. Ressourcen und gesunde Anteile seien vorhanden. Der Beschwerdeführer sei zudem in einer Familie gut eingebunden. Der soziale Kontakt zu Freunden habe sich reduziert. Zur Kategorie «Konsistenz» wurde festgehalten, dass der Alltag des Beschwerdeführers aktuell durch die Schmerzen bestimmt sei und das Aktivitätsniveau reduziert sei. Einen gewissen sozialen Rückzug habe es auch vor dem Unfall und der Entwicklung der Schmerzsymptome gegeben. Es bestehe ein Leidensdruck für die Verarbeitung des Traumas und die Schmerzverarbeitung. Dafür spreche das Aufsuchen eines Psychiaters in Bern, was in deutlicher Entfernung zum Wohnort liege. Aus psychiatrischer Sicht sollten keine Tätigkeiten mit hohem Stresspegel, hoher Umstellungsfähigkeit, Zeitdruck oder Akkordzwang ausgeübt werden. Seit dem Unfall am 16. Juni 2015 bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für die angestammte und für eine Verweistätigkeit.

Zusammenfassend und aus polydisziplinäre Sicht werde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der psychischen Erkrankungen – seit dem Unfall am 16.

Juni 2015 - sowohl in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit mit 50 % eingeschätzt. Es sollten dabei keine Tätigkeiten mit hohem Stresspegel, hoher Umstellungsfähigkeit, Zeitdruck oder Akkordzwang ausgeübt werden. Die Prognose werde abhängig sein vom Erfolg der psychiatrischen Behandlung und dem Gelingen der beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen. Im Rahmen einer leidensadaptierten beruflichen Wiedereingliederungsmassnahme sei unter psychiatrisch-therapeutischer Begleitung von einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit innerhalb von 6 Monaten auf 80 % auszugehen. Die aktuelle Psychopharmakotherapie sei aus gutachterlicher Sicht nicht evident und sollte unter ambulanten Bedingungen intensiviert werden. Invalitätsfremde Faktoren seien bei der gutachterlichen Beurteilung nicht berücksichtigt worden. 4.

E. 4

Es sei die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

E. 4.1

Vorauszuschicken ist, dass nach der Rechtsprechung die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt sind: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet.

Diese ist durch die rechtsanwendenden Behörden im Rahmen der rechtlichen Vorgaben zu würdigen (BGE 140 V 193 E. 3.1 und E. 3.2). Somit können sich Konstellationen ergeben, bei welchen von der im medizinischen Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit abzuweichen ist, ohne dass die gesamte gutachterliche Beurteilung ihren Beweiswert verliert (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C_92/2017 vom 20. März 2017 E. 5.1

mit Hinweisen).

E. 4.2

Das polydisziplinäre C.____ -Gutachten vom 30. Januar 2017 (Urk. 7/49) basiert auf einer umfassenden orthopädisch- traumatologischen , internistischen , neurologischen und psychiatrischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.5).

E. 4.3

Hinsichtlich des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stellen die Gutachter weder in orthopädisch- traumatologischer noch neurologischer oder in internistischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest . Diese Beurteilung erscheint aufgrund der erhobenen somatischen Befunde nachvollziehbar und überzeugend . Überdies deckt sie sich mit der Beurteilung

der A.____ vom 9. Dezember 2015 (vgl. E. 3.1) und derjenigen von Dr. B.____ vom 15. Juli 2016 (vgl. E. 3.5) .

E. 4.4

Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte aufgrund der aktuellen Befundlage eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1) und eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F 32.1), welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit um 50% einschränkten.

E. 4.4.1

Die posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-10: F 43.1 entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Die diagnostischen Leitlinien der ICD geben vor, dass diese Störung nur dann diagnostiziert werden kann, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, F 43.1 S 207 f.).

Vorliegend

ist nicht nachvollziehbar , dass beim Beschwerdeführer eine sich auf die Leistungsfähigkeit auswirkende posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) besteht . Diese Diagnose gemäss ICD-10 setzt mitunter voraus , dass die Störung innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt . Der Beschwerdeführer konnte aber nach seiner Einreise in die Schweiz im Jahre 2003 bis zum

Unfallereignis am 16. Juni 2015 e iner Erwerbstätigkeit nachgehen, heiratete und gründete eine Familie . Zudem stellt das Ausrutschen auf dem Küchenboden kein traumatisierendes Ereignis dar. Demnach ist dieses Kriterium vorliegend offensichtlich nicht erfüllt.

E. 4.4.2

Die aus der diagnostizierten mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F 32.1) resultierende Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (vgl. E. 1.2):

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass die depressive Störung nicht als ausgeprägt erscheint. Diagnostiziert wurde

eine mittelschwere depressive Episode und die funktionellen Einschränkungen im Alltag wurden nicht als derart einschneidend beschrieben, dass von einer besonderen Ausprägung ausgegangen werden könnte. So hilft der Beschwerdeführer seiner Ehefrau beim Einkaufen und beim Kochen , kümmert sich um seine Kinder und spielt auch mit ihnen. Auch trifft er sich regelmässig mit Freunden oder der Familie (S. 39).

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder – resistenz “ ist vorwegzuschicken, dass in Bezug auf die Therapie der Depression es gesamthaft betrachtet an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten fehlt , ist der Beschwerdeführer doch erst seit Februar 2016 in fach ärztlicher Behandlung (E. 3.4) Die Therapie findet nicht regelmässig wöchentlich statt, sondern zuweilen monatlich , was nicht als konsequente Behandlung zu betrachten ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Eine stationäre Therapie wurde sodann nicht ins Auge gefasst. Zudem ist gemäss gutachterlicher Feststellung die Medikation ungeeignet. Obwohl gestützt auf das C.____-Gutachten bereits im Mai 2017 eine Intensivierung der Therapie, speziell unter Anpassung der Medikation , zur Verbesserung der Gesamtsituation empfohlen wurde, kümmerte sich der Beschwerdeführer respektive der behandelnde Psychiater Dr. E.____ erst im September 2017 um die entsprechenden Akten. Der Beschwerdeführer hat demnach die psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten zu keiner Zeit voll ausgeschöpft.

Als „Komorbiditäten“ bestehen (neben der depressiven Erkrankung) unter Beachtung der nicht ausgewiesenen posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. E. 4.4.1) keine massgeblichen Gesundheitsschäden .

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer ist verheiratet und Vater von zwei Kindern. Er wohnt zu Hause, hilft im Haushalt und kümmert sich um seine Kinder. Sodann trifft er regelmässig Freunde und Familie . Damit ist kein sozialer Rückzug erkennbar und enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Zudem hat die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers gesunde Anteile. Dies hielt auch der psychiatrische Gutachter explizit fest (S. 46).

In der Kategorie „Konsistenz“ fällt auf, dass sein Tagesaktivitätsniveau zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt ist . Dennoch hat er soziale Kontakte und ein aktives Familienleben , da er dort gut eingebunden ist . Sodann ist er mobil und fährt auch weitere Strecken – sogar bis nach Bern zu seinem Psychiater . Dies alles spricht gegen eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag.

Auch die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer trotz gutachterlich attestierter mindestens 50%iger Arbeitsfähigkeit bisher subjektiv nicht in der Lage sah, eine Potentialanalyse zu absolvieren, gilt als Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung. Mit Blick auf die bisherigen Behandlungs- und Eingliederungs-bemühungen ist sodann – entgegen der von den C.____-Gutachtern offen bar vertretenen Auffassung – nicht auf einen erheblichen psychischen Leidens druck zu schliessen .

Zusammenfassend ist in einer Gesamtwürdigung über alle Indikatoren insbe sondere unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen sowie des eingliederungs- und behandlungsanamnestisch nicht ausgewiesenen Leidens drucks eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Depression nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzu nehmen. Daher stellt die depressive Erkrankung keinen invalidenversicherungs rechtlich relevanten Gesundheitsschaden dar.

E. 4.5

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen.

E. 4.6

Soweit der Beschwerdeführer die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung verlangt , bevor über sein Rentengesuch entschieden werden könne (Urk. 1 S. 3 f.), verkennt er, dass es nicht Aufgabe der Beschwerdegegnerin ist, die optimale Behandlung aufzu stellen und dafür die Verantwortung zu tragen. Jedoch darf ohne Weiteres aus der (psychiatrischen) Behandlung auf den Leidensdruck des Beschwerdeführers geschlossen werden.

E. 4.7

Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass er bei veränderten Verhältnissen, so insbesondere wenn er sich subjektiv dazu in der Lage fühlen sollte, bei der Beschwerdegegnerin jederzeit ein neues Gesuch um berufliche Massnahmen stellen kann (so auch Hinweis in der Mitteilung vom 14.

März 2017, Urk. 7/53). 5.

E. 5

Unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.»

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6, unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-73), was dem Beschwerdeführer am 24.

Januar 2018 mitgeteilt wurde (Urk. 8). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Zu prüfen bleibt der Anspruch des Beschwerdeführers auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege. Der Beschwerdeführer wird gemäss Unterstützungsbestätigung vom 24. Oktober 2017 (Urk. 3) von seiner Wohngemeinde finanziell unterstützt. Mit Blick darauf ist er im vorliegenden Verfahren bezogen auf den massgebenden Zeitpunkt als prozessual

bedürftig zu qualifizieren. Da auch die weiteren Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer in Bewilligung seines Gesuchs vom 24. Oktober 2017 die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren.

E. 5.2

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 5.3

Der Beschwerdeführer ist darauf hinzuweisen, dass er zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 24. Oktober 2017 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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 HurstGeiger

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art.

E. 13

und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art.

E. 16

Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d).

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