

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01251 vom 28. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01251

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01251 du 28 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01251 del 28 maggio 2019

Erwägungen

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

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. 28 Abs. 1 IVG).

E. 1.3

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 und ob der Experte nicht aus zureichenden 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 Freden hagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

Es bleibt in Bezug auf Berichte behandelnder Arztpersonen bzw. Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc) .

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 2.

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. November 2017 Beschwerde. Darin beantragte er, es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 27. Dezember 2017 (Urk. 10) auf Abweisung der Beschwerde und verzichtete im Übrigen auf eine Stellungnahme (Urk. 10). Mit Verfügung vom 8. Januar 2018 gewährte das Sozialversicherungsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und stellte diesem die Beschwerdeantwort zu (Urk. 12). Mit Eingabe vom 24. August 2018 (Urk. 14) reichte er einen neuen Bericht des Z.____ ein (Urk. 15), welcher der IV-Stelle zur Kenntnisnahme zugestellt wurde (Urk. 16). Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, es sei vollumfänglich auf das B.____-Gutachten abzustellen. Insbesondere bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer für die Begutachtung eines Dolmetschers bedürft hätte. Die Stellungnahme des Z.____ zeige keine neuen, objektiven medizinischen Tatsachen auf. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von 14 % (Urk. 2).

E. 2.2

Ferner zeigte sich gemäss Z.____-Bericht im MRI vom 14. September 2015 eine breitbasige rechtsbetonte Hernie L4/5 mit kleiner zystischer Degeneration parazentral

rechts und bilateraler, rechtsbetonter rezessaler Einengung mit vermuteter Reizung von L5 rezessal beidseits rechtsbetont. Er sichtlich war auch eine breit basige

Diskusprotrusion L5/S1 ohne Kontakt zu neuralen Strukturen. Es zeigte sich zudem eine rechtsbetonte Facettengelenksarthrose mit kleinen synovialen Zysten dorsal an der Facette L5/S1 und L2/3. Der Befund im zweiten MRI vom 30. Januar 2017 wurde als weitgehend stationär beurteilt (Urk. 15 S. 3, detailliert S. 4 f.).

Aus orthopädischer Sicht wurde dazu angemerkt, gemäss Dr. E.____ von F.____ habe aufgrund des MRI von 2013 eine deutliche Kompression L5 bei Diskushernie L4/5 bestanden (Urk. 15 S. 7; ferner

Urk. 11/121).

Zur Behandlung wurde angegeben, der Beschwerdeführer nehme Targin, das er gut vertrage, und Saroten ein. Nicht vertragen habe er eine orale Kortison-Therapie. Es seien zwei Infiltrationen in die Lendenwirbelsäule und sacral erfolgt, die nur kurzzeitig gewirkt hätten und schlecht vertragen (Schwindel, Appetitlosigkeit) worden seien. Die wöchentlich durchgeführte

Physiotherapie helfe wenig (Urk. 15 S. 7). 5.3

5.3.1

Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht wurde geschlussfolgert, die Arbeit in einer Bäckerei könne entsprechend den chronischen lumbalen Schmerzen mit objektivierbaren chronischen radikulären Schäden nicht mehr zugemutet werden. In eine rückschonende Arbeit sei eine Wiedereingliederung mindestens halbtags zumutbar, wobei die neuropsychologischen Limiten zu berücksichtigen seien (Urk. 15 S.

8). Von einer Nervenwurzeldekompression sei nach dem langen Verlauf keine Besserung zu erwarten (Urk. 15 S. 9; zu weiteren orthopädischen Befunden folglich ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Urk. 15 S. 5 f.). 5.3.2

Der Wirbelsäulenchirurg des Z.____

kam zum Schluss, einerseits sei der Beschwerdeführer aufgrund der vor allem belastungsabhängigen ausgeprägten Beschwerden im Bereich des rechten Armes, diffus und vor allem in den Bereichen des Oberarmes medial und des rechten Zeigefingers, funktionell stark eingeschränkt. Andererseits bestehe ein ausgeprägtes zervikozephalales Schmerzsyndrom mit der bekannten Migräne sowie ein starkes lumbovertebrales Syndrom mit Ausstrahlung ins rechte Bein, so dass ihm bis auf Weiteres keine Tätigkeit zuzumuten sei (Urk. 15 S. 8). 5.3.3

Aus anästhesiologischer Sicht wurde im Z.____-Bericht eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit empfohlen (Urk. 15 S. 8). 5.4 5.4.1

Die Ulnaris-Problematik, welche

vorab die Feinmotorik der rechten Hand einschränkte, trat demnach frühestens im März 2016 auf und konnte entgegen der gutachterlichen Erwartungen durch die Operation im September 2016, die gemäss Operateur zu einer Arbeitsunfähigkeit des rechten Armes während acht bis zehn Wochen führte (Urk. 11/105/4), geheilt werden. Erst im Oktober 2017 traten neue Hand- respektive Armbeschwerden auf, für die trotz eingehender

Abklärung derzeit von einem unklaren Befund ausgegangen wird bzw. für die lediglich eine Verdachtsdiagnose besteht.

Diskutiert wird eine zerviko -radikulär bedingte Sensi bili tätsstörung bzw. Beeinträchtigung des Nervus medianus.

Demnach bestand bis

Oktober 2017 und damit i m Beurteilungszeitraum der angefochtenen Verfü gung keine länger andauernde (und nach Einschätzung der B.____ -Gutachter auch keine höhergradige) Arbeitsunfähigkeit infolge eines invalidisierenden, nicht kurzfristig behandelbaren Hand-/Armleidens. 5.4.2

Nachvollziehbar keine Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer von den B.____ -Gutachtern infolge der Migräne attestiert. Es konnte weder ein organisches Korrelat festgestellt werden, noch ist behandlungsanamnestisch ein erheblicher Leidensdruck ausgewiesen, wie auch die im jüngsten Z.____ -Bericht aufgezeigten, bisher offenbar nicht beanspruchten Behandlungsoptionen belegen. Dazu passt die angegebene Häufigkeit von nur wenigen Tagen pro Monat mit teils längerer Beschwerdefreiheit (vgl. auch Urk. 11/102/30) . Eine r elevant e Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lässt sich damit von vornherein nicht begründen . 5.4.3

Schliesslich wurden im jüngsten Bericht des Z.____ aktuelle re Bilddokumente der Lendenwirbelsäule berücksichtigt. Eine relevante Veränderung wurde da bei nicht ausgewiesen, sondern weiterhin eine Reizung der Nervenwurzel L5 «vermutet». Neue Aspekte, die das Ergebnis der orthopädischen oder neurologischen Begut achtung zu den Rückenbeschwerden in Frage stellen würden, ergeben sich also nicht. Vielmehr wurde selbst vom behandelnden Orthopäden trotz der chroni schen lumbalen Schmerzen eine Arbeitsfähigkeit – wohlwollend über die untere Limite definiert – von «mindestens halbtags » in einer rü ckenschonenden Tätigkeit bestätigt. Der behandelnde Wirbelsäulenchirurg schloss zwar auf eine volle Arbeitsunfähigkeit, berücksichtigte hierbei aber zusätzlich und vorrangig die seit Oktober 2017 erneut bestehenden Hand- / Armbeschwerden sowie das zerviko ze ph ale Schmerzsyndrom mit Migräne.

Ähnliches gilt übrigens für die einzige neurologische Beurteilung des Z.____ im Bericht vom 8. Januar 201 5. Bei der damals attestierten vollen Arbeitsunfähigkeit aus neurolog ischer Sicht wurden neben dem lumbo -radikulären Reizsyndrom auch die M igräne

und offenbar zahl reiche nicht-neurologische Diagnosen berücksichtigt, wie die d amalige Konsens beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit v on 50 % aus somatischer Sicht

naheleg t

(vgl. Urk. 11/102/34). 5.5

Die (zumindest

vordergründig) diskrepanten Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die somatischen Besch we rden h aben ihren Ursprung also weder in abweichenden somatischen Befunden noch in massgeblichen diagnostischen Diffe renzen .

Abgesehen davon, dass nach dem vorstehend Ausgeführten unbe achtliche Diagnosen in die Beurteilungen der Z.____ -Ärzte einfließen, stellt sich somit das gängige Problem, dass zwischen ärztlicher Diagnose und attestierter Arbeitsunfähigkeit letztlich auch bei

somatisch dominierten Leiden keine Korrelation besteht, weshalb die medizinische Folgenabschätzung notwendigerweise eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1).

Nachdem gewisse MRI-Befunde vorhanden sind, behandlungsanamnestisch (Infiltrationen, orale Kortisontherapie und hoher Schmerzmittelkonsum) ein gewisser Leidensdruck

ausgewiesen ist und der Beschwerdeführer heute auf die früheren sportlichen Betätigungen (vgl.

Urk. 11/102/8, 11/102/10 und 11/102/16: Schwimmen, Box-Sack, Joggen) verzichtet, haben die B.____-Gutachter in Würdigung der geklagten Beschwerden und Vorakten nachvollziehbar das Belastungsprofil an das Rückenleiden angepasst und ein um 20 % vermindertes Rendement infolge eines erhöhten Patientenbedarfs festgestellt.

6.

E. 2.2.2

und

ferner 9C_170/2009 vom 6. Mai 2009 mit zahlreichen Hinweisen).

Angesichts der Vorakten (vgl. Urk. 11/102/4 f. und 11/102/29) bedurfte es zur Erhebung der lebensgeschichtlichen Belastungsmomente keiner längerfristigen Untersuchung. Gänzlich unbegründet ist der Vorwurf von Dr. G.____, im B.____-Gutachten fehle der psychopathologische Befund. Dieser findet sich unter dem Titel «Psychostatus nach AMDP» zusammen mit relevanten Symptomen, die selbstredend vorab anhand eigenanamnestischer Angaben festzustellen sind

(z.B. Schlafverhalten). Zusätzlich wurden die Beobachtungen während der knapp einstündigen Exploration

notiert (vgl. Urk. 11/102/55). Dr. G.____ legte nicht dar, welche Befunde konkret übersehen wurden. Soweit ersichtlich bestehen relevante Unterschiede zu seiner Beurteilung

vor allem in Bezug auf die Ausprägung und diagnostische Zuordnung der Symptomatik (vgl. Urk. 3 S. 3 f.). Diese Elemente sind naturgemäss mit ärztlichem Ermessen verbunden, wobei letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend

ist, sondern deren konkrete Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 143 V 418 E. 5).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1.1

Bezüglich der psychiatrischen Beurteilung beanstandete Dr. med. G.____ vom Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme zum B.____-Gutachten vom 14. September 2017 vorab, dass in der 40-minütigen Exploration nicht alle Beschwerden hätten erfasst werden können. Zudem sei der Beschwerdeführer ohne

Dolmetscher mit komplexeren Inhalten deutlich überfordert, weshalb von Missverständnissen auszugehen sei. Die Beschwerdeaufnahme finde sich im «Psychostatus nach AMDP», ein gutachterlich erhobener psychopathologischer Befund fehle. Zudem nehme der Beschwerdeführer die Medikamente in der Regel ein, doch habe deren Anzahl ihn dazu bewogen, dies teilweise nicht zu tun. Eine regelmässige Einnahme sei aber auch nicht erforderlich, würden Saroten und Mirtazapin nur als Schlafmedikation eingenommen; auch Lyrica erfordere nicht zwingend eine regelmässige Einnahme (Urk. 3 Ziff. 1, 2 und 5).

E. 6.1.2

Dazu ergänzte er , dass der Beschwerdeführer im Jahr 2004 unschuldig 45 Tage wegen des Verdachts auf Doppelheirat in Untersuchungshaft gesessen sei. Dabei sei zweimal versucht worden, ihn unter Gewaltanwendung auszuschaffen . Eine zweite nachhaltige Traumatisierung sei durch den Unfall im Februar 2013 geschehen. Beide Traumatisierungen hätten zu Flashbacks (alle 2 Tage bzw. täglich), deutlichem Vermeidungsverhalten (Angst vor Intrusionen und Triggern) sowie hyperarousal (Schweissausbrüche, Herzrasen und Nervosität) geführt. Richtigzustellen sei, dass der Beschwerdeführer begleitet wohne, es finde nicht nur einmal wöchentlich eine Betreuung statt. Davor sei er zwei Monate obdachlos gewesen. Er wiege zudem nicht 74 kg, sondern 56 kg (Urk. 3 Ziff. 3 und 4).

E. 6.1.3

Aufgrund der deutlich depressiven Stimmung (teil s kaschiert mit Cannabis , in kom plette r Selbstheilungsversuch), des Interessenverlustes und der vollständigen Antriebsminderung, des Verlusts des Selbstvertrauens, der Schuldgefühle bei Arbeitsunfähigkeit, der Konzentrationsstörungen, der Vergesslichkeit (Termine, Herd) und Appetitminderung, da keine Agitiertheit bestehe und der Beschwerdeführer nur drei bis vier Stunden durchschlafe, seien die Symptome einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) erfüllt.

Ebenfalls bestehe eine chronifizierte PTBS (ICD-10: F43.1). So sei der Beschwerdeführer in der Kindheit massiv durch seinen Vater bedroht worden. In der Jugendzeit habe er nach Demonstrationen Gewalt (schlagen) auf der Polizeistation erlebt. Im Jahr 1999 sei er in Istanbul zusammengeschlagen worden. Er habe alle zwei bis drei Wochen deutliche Flashbacks (nachts und tags) , ziehe sich zurück in die Cannabiswelt und leide an Hyperarousal (Angst und Herzrasen). Statt diese Kriterien zu erfragen, habe der Gutachter vorgebracht, es müsste ein emotionaler Rückzug mit Abstumpfung gegenüber der Umgebung oder Phasen von Erregtheit vorhanden sein (Urk. 3 Ziff. 5).

E. 6.1.4

Dr. G. kam zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aufgrund der neuropsychologisch bestätigten Depression und des Leistungsbildes – auch in angepassten Tätigkeiten – voll arbeitsunfähig . Während ca. einer Woche pro Monat könne er den Alltag bewältigen, kurze Strecken Autofahren (vgl. indes Urk. 3 S.

2: Fahrausweis aus Vernunftgründen abgegeben) und ca. 30 Minuten spazieren. In den restlichen drei Wochen helfe ihm die Spitex (Einkaufen, Mithilfe beim Kochen) und er komme kaum aus dem Haus. Er könne keine schweren, einseitigen oder längeren

Tätigkeiten ausführen, vertrage keinen Stress und keinen Publikumsverkehr (Urk. 3 Ziff. 8).

E. 6.2.1

Im Bericht des Z.____ vom 17. Juli 2018 wurde in «psychosomatischer» Sicht konstatiert, es bestünde eine depressive Stimmung, Lust- und Interessenlosigkeit sowie ein verminderter Antrieb. Hinzu kämen ein Gefühl der Wertlosigkeit und Verlust des Selbstvertrauens wie auch Schuldgefühle (Arbeit) und vage Gedanken an den Tod. Deutlich seien die Vergesslichkeit und die Konzentrationsstörungen (ca. 5 Min. lesen). Der Beschwerdeführer sei zudem leicht unruhig, habe Einschlafprobleme, schlafe nur drei bis vier Stunden durch (vgl. auch Urk. 15 S. 3: viel Lärm, Bettwanzen) und habe infolge der Appetitlosigkeit 17 kg abgenommen (Urk. 15 S. 6 f.). Diese depressive Störung habe sich im Verlauf mit mittelgradiger bis schwerer Ausprägung gezeigt. Zuletzt habe im Juni 2015 eine schwere depressive Episode vorgelegen, die stationär in der A.____ behandelt worden sei (Urk. 15 S. 2).

Testpsychologisch resultiere eine schwere Depression, die unter Berücksichtigung einer gewissen Grundaktivität als mässig zu beurteilen sei (Urk. 15 S. 8).

Der Beschwerdeführer erfülle zudem die Kriterien einer PTBS. Als kurdischer Aktivist sei er in der Türkei von der Polizei verfolgt, mit dem Tod bedroht und verprügelt worden. Er habe jahrelang unter fremdem Namen leben müssen. Er habe immer wieder Erinnerungen an diese Zeit und meide das Fernsehen sowie die Polizei. Bei gewissen Geräuschen bestehe eine erhöhte Schreckhaftigkeit. Erinnerungen fehlten teilweise (Urk. 15 S. 7). Wegen der Schmerzen, des Gedankens und zur Schlafinduktion rauche er abends zwei Joints. Folgeschäden bestünden bis lang nicht (Urk. 15 S. 6).

E. 6.2.2

Seit November 2013 besuche er eine ambulante Behandlung im Z.____. Dort sei ab März 2014 eine achtwöchige tagesklinische Behandlung durchgeführt worden. Zudem sei er im Juni 2014 fünf Wochen und im Juni 2015 zwei Wochen stationär in der A.____ behandelt worden. Beim letzten Aufenthalt sei ein Opiat- und Cannabisentzug durchgeführt worden. Seither konsumiere er statt acht nur noch zwei Joints pro Tag. Der Beschwerdeführer werde intensiv psychotherapeutisch (einmal wöchentlich) sowie psychiatrisch behandelt. Die Einzeltherapie sei traumafokussiert und basiere auf verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Elementen, einer medikamentösen Behandlung mit Saroten

retard, motivationsfördernden Massnahmen zur Steigerung der körperlichen (regelmässiges Spazieren) und sozialen Aktivitäten (täglich Kollegen treffen) sowie Ablenkung mit Lesen respektive im Internet-Café und dem Erlernen eines verbesserten Umgangs mit chronischen Schmerzen (Urk. 15 S. 3 und 7).

E. 6.2.3

Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein und der Kopfschmerzen 100 %

arbeitsunfähig. Zudem bestünden posttraumatische Belastungssymptome, welche ihren Ursprung in den Gewalterfahrungen im Herkunftsland hätten. Infolge der chronischen und therapieresistenten Beschwerden habe sich eine depressive Störung entwickelt. Er habe im Jahr 2013 zwei Arbeitsversuche am Imbissstand wegen der Schmerzen nach einigen

Stunden abrechnen müssen. Basierend auf der depressiven Störung weise er eine erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Antriebsstörungen auf. Er ermüde viel schneller als andere und benötige daher häufigere und längere Pausen. Die Stresstoleranz und die Belastbarkeit seien deutlich reduziert. Bei zwischenmenschlichen Konflikten tendiere er dazu, die Situation zu verlassen. Dadurch sei die Konfliktfähigkeit stark vermindert. Aufgrund der chronischen Schmerzen und der depressiven sowie posttraumatischen Belastungssymptome

beurteile man ihn als in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Gemäss Konsensbeurteilung bestehe somit objektiv aus somatischer und psychiatrischer Sicht jeweils eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 15 S. 8).

E. 6.2.4

«Subjektiv» sei er zu 100 % arbeitsunfähig – auch für angepasste Tätigkeiten. Das Leistungsbild gestalte sich wie folgt: Er könne ca. 15 Min. sitzen, ca. 30 Min. mit Belastung des linken Beins stehen und ca. 30 Min. spazieren. Kopfdrehungen seien uneingeschränkt möglich. Sein Zimmer reinige er mit grosser Mühe selber. Nicht möglich seien schwere Arbeiten, Bücken, Knien oder Kauern. Arbeiten über Kopf seien nur kurz und mit dem rechten Arm noch schlechter möglich. Treppen könne er wegen der Rücken- und Beinschmerzen rechts nur langsam gehen. Bei Oberkörperrotationen sei er eingeschränkt und ertrage weder Lärm, grelles Licht noch grosse Menschenmengen (Urk. 15 S. 8).

E. 6.3

. 2

Zutreffend ist ferner, dass sich unter Umständen auch anhand der aufgewendeten Zeit bestimmt, ob die Expertise als inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig gelten kann. Wie viel Aufwand im Einzelfall zu betreiben ist, hängt indes von der Fragestellung und dem zu beurteilenden Beschwerdebild ab; in letzter Konsequenz kann deshalb, je nach Natur der abzuklärenden Frage, selbst ein reines Aktengutachten den nötigen Beweis erbringen. Ein Zeitrahmen für die Untersuchung lässt sich nicht allgemeingültig festlegen. So wird auch in Ziff. 3 der «Qualitätslinien für versicherungspsychiatrische Gutachten» der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 16. Juni 2016 nur eine «angemessene» Dauer mit genügend Zeit für eine umfassende Anamnese und ein vollständiges Bild der Befundlage verlangt. Über die Akten erschliessen sich dem Gutachter häufig so viele Anhaltspunkte für seine Beurteilung, dass der in der Untersuchung gewonnene Eindruck vor allem bestätigend wirkt (Urteile des Bundesgerichts 9C_747/2011 vom 10. Februar

2012 E.

E. 6.3.1

Dem Beschwerdeführer ist insoweit beizupflichten, als der bestmögliche sprachliche Verständigung zwischen dem Experten und der versicherten Person insbesondere bei der psychiatrischen Abklärung besonderes Gewicht zukommt. Nach der Rechtsprechung ist daher eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann. Es besteht indessen kein unbedingter Anspruch auf Durchführung einer medizinischen Abklärung in der Muttersprache oder auf Beizug eines Übersetzers. Grundsätzlich hat der Gutachter im Rahmen der sorgfältigen Auftragserfüllung zu

entscheiden, was im Einzelfall geboten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_578/2014 vom 17. Oktober 2014 E. 4.2.4 und E. 2.4.5 mit Hinweis auf BGE 140 V 260 E. 3.2.1 und das Urteil des Bundesgerichts 8C_913/2010 vom 18. April 2011 E. 3.3.1).

Der Beschwerdeführer lebt seit 1989 im deutschsprachigen Raum und arbeitete teilweise in direktem Kontakt mit Kunden (z.B. Urk. 11/102/9 f.). Es verwundert daher nicht, dass ihm die B.____-Gutachter sehr gute Deutschkenntnisse attestierten bzw. feststellten, die Untersuchung sei ohne Verständigungsprobleme durchführbar (Urk. 11/102/11 und 11/102/15).

In den Z.____-Berichten finden sich denn auch keine Hinweise auf den Beizug eines Dolmetschers für die Behandlung. Im Übrigen wurde der Beschwerdeführer vor der Begutachtung schriftlich informiert, dass er nötigenfalls einen Dolmetscher verlangen könne (Urk. 11/99/2). Der nachträgliche Einwand ist als blosser Schutzbehauptung zu werten.

E. 6.4.1

An erster Stelle wird sodann von allen involvierten Psychiatern eine rezidivierende depressive Störung genannt, wobei eine letzte kurze schwere depressive Episode für Juni 2015 ausgewiesen ist. Damals wurde der Beschwerdeführer zum letzten Mal (zwei Wochen) stationär behandelt, und durch eine Umstellung der Medikation wurde eine Zustandsbesserung erzielt (vgl. Urk. 11/89/3 f.). Seither wurde von den Psychiatern des Z.____ – zumindest soweit sie zur Plausibilisierung der geklagten Beschwerden auch das Aktivitätsniveau im Alltag mitberücksichtigten – nur noch eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Bei einer schweren Depression wäre es denn auch entgegen dem vom Beschwerdeführer relativ konstant geschilderten Tagesablauf (vgl. Urk. 15 S. 3, Urk. 11/102/10, 11/102/16 und 11/79/2) sehr unwahrscheinlich, dass er seine sozialen und häuslichen Aktivitäten fortführen könnte (vgl. Weltgesundheitsorganisation [WHO], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 174). Dr. G.____ steht mit seiner Beurteilung einer schweren Depression alleine da, die bereits deshalb fragwürdig erscheint, weil er gleichzeitig eine konsequente psychopharmakologische Behandlung als nicht erforderlich erachtete.

E. 6.4.2

Eine PTBS

entsteht gemäss ICD-10-Klassifikation als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein.

Daneben erfordert die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10-Klassifikation wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Eine besondere Begründung braucht es daher gemäss Bundesgericht in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll. Nach der ICD-10-Klassifikation ist eine solche Diagnose bei

grösserem zeitlichem Abstand noch «wahrscheinlich» - vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose (wie etwa eine depressive Episode) gestellt werden.

Zusätzlich muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen auftreten. Häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich sind ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung und die Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten. Ähnliches gilt für vegetative Störungen, eine beeinträchtigte Stimmung oder ein abnormes Verhalten.

Der Verlauf einer PTBS ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Nur bei ca. 10 % der Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (ICD-10: F62.0) über; dabei widersprechen progrediente Entwicklungen dem zu erwartenden depressiven Charakter posttraumatischer Störungen (vgl. Dilling / Mambour / Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 207 f.; BGE 142 V 342 E. 5 und Urteil des Bundesgerichts 9C_298/2017 vom 4. September 2017 E. 4.2 je mit Hinweisen).

Es fällt auf, dass die Z.____-Psychiater wechselnde Traumata schilderten. Dr. G.____ nannte als «nachhaltige Traumatisierungen» die Untersuchungshaft im Jahr 2004 mit Ausschaffungsversuchen sowie den Unfall im Februar 2013, begründete die PTBS aber mit einer massiven Bedrohung durch den Vater, Gewalt durch die Polizei und einem nicht näher erörterten Zusammenschlagen in Istanbul 199

E. 6.4.3

Im Gegensatz zu den B.____-Gutachtern diagnostizierten die Z.____-Ärzte

keine chronische Schmerzstörung. Dies dürfte damit zusammenhängen, dass sie von vollständig somatisch erklärbaren Beschwerden ausgingen.

Zudem

hielten sie mit wenig aussagekräftigen Argumenten fest, es bestünden keine Hinweise auf Aggravation (vgl. Urk. 15 S. 8 f.). In den körperlichen Begutachtungen fanden sich allerdings auch

nur wenige Inkonsistenzen (Urk. 11/102/18 neurologischer Status; Urk. 11/17/35 kein relevantes Hinken auf der Strasse; Urk. 11/102/24 Schuhsohle; Urk. 11/102/18 problemlose orthopädische Untersuchung bei ausreichender Kooperation; Urk. 11/102/24 gewisse Auffälligkeiten in der neurologischen Untersuchung mit Verdacht auf eine gewisse Fehlverarbeitung, aber keine Aggravation).

E. 6.5

Der weiter in die Kategorie «Konsistenz» fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. vorerwähntes Urteil 9C_539/2015 E. 4.5). Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die

Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarer Weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2).

Der Beschwerdeführer beansprucht seit längerer Zeit zweimal wöchentlich eine psychiatrische Therapie, lebt allerdings auch allein in einer ungemütlichen kleinen Wohnung und hat nicht mehr so viele Freunde. Eine tagesklinische bzw. stationäre Behandlung wurde vor Beginn des Wartjahres letztmals durchgeführt. Die Psychopharmaka nimmt er nicht zuverlässig, konsumiert aber (nach sechs Monaten Abstinenz, Urk. 11/102/9) erneut Cannabis und weiterhin Opioid-Medikamente. Ein gewisser Leidensdruck ist bei unzweckmässiger Behandlung

zu bestätigen, kann zwischen Juli 2015 und September 2017 aber nicht schlüssig als erheblich bezeichnet werden. Der Beschwerdeführer strebte bisher auch keine stationäre Schmerzrehabilitation einschliesslich Medikamentenentzug an.

E. 6.5.1

Das Bundesgericht hat seine Rechtsprechung seit Erlass der angefochtenen Verfügung sodann dahingehend geändert, dass nach BGE 143 V 418 E. 7 neu sämtliche psychischen Leiden, also vorliegend neben der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) die

leichte bis mittel schwere Depression (BGE 143 V 409 E. 4.5.2), einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind.

Es bleibt anzumerken, dass es in BGE 140 V 290 E. 3.3.1-2 zudem

die Frage offen liess, ob eine Migräne zu den Krankheitsbildern zählt, die mit etablierten Methoden objektiviert werden können. Es wies darauf hin, dass

Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung von allenfalls durch fremdanamnestic Angaben zu erheben den

Lebensbereichen wie Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern würden.

Darüber hinaus stellte es in BGE 143 V 418 E. 8.1 klar, dass das strukturierte Beweisverfahren einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen stehe, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiere. Eine Ausscheidung einzelner Beschwerden wegen fehlender invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz wäre nicht zielführend. Störungen würden daher unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sei. 6.5.2

Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281

E. 8 S. 309; 137 V 210

E. 6 S. 266). Mithin ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/

oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281

E. 8 S. 309). 6. 5 .3

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu beachtenden Standardindikatoren hat das Bundesgericht schliesslich wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E.

4.1.3) : Kategorie « funktioneller Schweregrad » (E. 4.3) mit den Komplexen « Gesundheitsschädigung » (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E.

4.3.1.2]; Komorbiditäten [E.

4.3.1.3)], « Persönlichkeit » (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und « Sozialer Kontext » (E. 4.3.3) sowie Kategorie « Konsistenz » (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). Sie 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 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 2.2.1).

E. 6.6

6. 6 .1

Gemäss Beurteilung der

B.____ -Gutachter wie auch der Behandlungspersonen lässt sich die depressive Symptomatik klinisch – mit seltenen Ausnahmen ohne nennenswerte Dauer – als maximal mittelgradig einstufen (vgl. E. 5.5.3).

Im Unterschied zu einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40), bei welcher ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, wird bei der ebenfalls diagnostizierten

chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) ein über sechs Monate bestehender Schmerz in mehreren anatomischen Regionen beschrieben. Letzterer fehlt damit ein Bezug zum Schweregrad (BGE 140 V 106 E. 4.2).

Die Diagnose setzt aber immerhin voraus, dass der Schmerz «in klinisch bedeutsamer Weise» Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen hervorruft (BGE 143 V 418 E. 5.1). Eine schwerere

Ausprägung ist in den Akten indes nicht auszumachen. Die Behandlungspersonen stellten keine vergleichbare Diagnose und der

B.____ - Gutachter begründete diese

einzig

mit dem nicht anderweitig erklärbaren Ausmass der Schmerzen und wies auf vorhandene psychosoziale, emotionale und lebensgeschichtliche Belastungsfaktoren hin (Urk.

11/102/11).

Eine

formalgedankliche Einengung auf das Schmerzerleben etc. stellte er nicht fest.

Der Indikator der diagnoserelevanten Befunde erweist sich damit

als höchstens mittelgradig ausgeprägt.

Komorbiditäten sind insofern

zu bejahen, als beim Beschwerdeführer nicht nur eine Depression diagnostiziert wurde, sondern sich aufgrund der somatischen Befunde auch Schmerzen am Bewegungsapparat objektivieren liessen und er zumindest nach eigenen

Angaben an Migräne leidet.

Ferner besteht gemäss B.____-Gutachten eine fehlgeleitete Schmerzverarbeitung. Die ressourcenhemmende Wirkung ist indes aufgrund des zu den einzelnen Leiden bereits Ausführten zu relativieren

(vgl. vorstehender Abschnitt und E. 5.4-5).

Bedingt aussagekräftig sind der Behandlungs- und Eingliederungserfolg. Einerseits ist trotz längerer psychiatrischer Behandlung noch kein massgeblicher Erfolg erzielt worden (vgl. E. 6.2.2). Andererseits führte die letzte stationäre Behandlung innert kurzer Zeit zu einer Zustandsbesserung einschliesslich Substanzkonsum

(vgl. Urk. 11/89) und der Beschwerdeführer nimmt die verschriebenen Psychopharmaka nach eigenem Gutdünken ein.

Eine massgebliche Behandlungsresistenz im Sinne des Scheiterns einer indizierten und leitend durchgeführten Therapie ist daher nicht erwiesen. Die Eingliederung im zweiten Halbjahr 2013 scheiterte schon in der Abklärungsphase an der fehlenden Mitwirkung des Beschwerdeführers (vgl. Sachverhalt E. 1.2). 6.6.2

Des Weiteren waren in der aktuellen Untersuchung keine strukturellen Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik oder eine erhebliche Störung komplexer Ich-Funktionen auszumachen. Entsprechendes wurde auch von den Z.____-Ärzten nicht behauptet. Insbesondere verneint wurde im B.____-Gutachten eine Wesensänderung infolge des Substanzkonsums (Urk. 11/102/12), obschon es bei erhöhter Reizbarkeit während des A.____-Aufenthalts zu aggressivem Verhalten gegen das Personal kam (Urk. 11/89/4). 6.6.3

Der Komplex « Sozialer Kontext »

bestimmt mit darüber, wie sich die Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3).

Die meisten der im B.____-Gutachten genannten sozialen Belastungen (vgl. Urk. 11/102/14) dürften aufgrund der zeitlichen Distanz nicht im Vordergrund stehen. Festzustellen ist

jedoch, dass der Beschwerdeführer im August 2012 geschieden wurde (Urk. 11/17) und in der Schweiz über keine Familie und mittlerweile nur noch wenige Freunde verfügt. Nach Einstellung der Krankentageleistungen wurde er finanziell vom Sozialamt abhängig (Urk. 11/60), was im Weiteren zu einer unbefriedigenden Wohnsituation führte (Urk. 3 S. 2 und Urk. 15 S.

3). Mobilisierende Ressourcen sind folglich keine ersichtliche, dafür psychosoziale Faktoren, die zur Aufrechterhaltung der psychischen Symptomatik beitragen.

E. 6.6.4

Unter die beweisrechtlich entscheidende zweite Kategorie « Konsistenz » fällt der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Dieser zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Soweit erhebbar, empfiehlt sich ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist dabei stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer verfügt über einen wenig strukturierten Tagesablauf und treibt – allerdings aufgrund der somatischen Leiden – im Vergleich zu früher keinen Sport mehr. Hervorzuheben ist, dass er regelmässig soziale Kontakte mit Freunden mitunter beim Essen bzw. im türkischen Verein pflegt, seinen Haushalt grundsätzlich selbst erledigt (ein Kollege hilft ihm an schlechten Tagen beim Einkaufen) und die öffentlichen Verkehrsmittel nützt. Dazu beschäftigt er sich mit Zeitunglesen, Kreuzworträtseln und im Internet-Café, interessiert sich für die Nachrichten und spaziert täglich (vgl. Urk. 11/102/10 und Urk. 15 S. 3).

Gleichzeitig gab er in der Begutachtung an, dass täglich jemand schaue, ob alles in Ordnung sei bzw. wöchentlich Herr H. _____

vorbeikomme (Urk. 11/102/6 und 11/102/8). Davon weichen die Angaben von Dr. G. _____ im September 2017 ab, der von einem begleiteten Wohnen spricht, ohne allerdings eine Institution zu nennen. Der Beschwerdeführer erfahre im Haushalt Hilfe von der Spitex, sehe wenig TV und könne kurze Strecken selbst mit dem Auto fahren. Diese Angaben finden sich auch im Bericht des Z. _____ vom 28. September 2015 (Urk. 11/79/3). Selbst bei unklarer Unterstützung durch die Spitex stehen die selbst deklarierten Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers im klaren Widerspruch zu einer sehr hohen Arbeitsunfähigkeit. 6.

E. 6.7

Nach dem Gesagten lässt sich somit anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit auch aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat – eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 %

in einer den somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit bestätigen. Für eine leichte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sprechen die

höchstens mittelgradige Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde,

die

geringfügig ressourcenhemmende Komorbiditäten bei gleichzeitigem Fehlen nennenswerter Ressourcen und die seit längerer Zeit beanspruchte psychiatrische Begleitung. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, wie sie von den Behandlungspersonen attestiert wurde,

ist demgegenüber aufgrund der Alltagsaktivitäten (Interessen und sozialen Kontakten) und den bisher nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen in Bezug auf verschiedene Leiden nicht überwiegend wahrscheinlich. Es kommt hinzu, dass beim Beschwerdeführer keine Motivation erkennbar ist, wieder eine Arbeit aufzunehmen. Bis heute zeigte er trotz seiner Alltagsaktivitäten keinerlei Interesse daran, mögliche Eingliederungsmassnahmen abzuklären oder gar zu versuchen. Dafür raucht er heute trotz intakter Persönlichkeitsstruktur und nach längerer (also offensichtlich zumutbarer) Abstinenz erneut Cannabis. 7.

Zusammenfassend kann somit vollumfänglich auf das B.____-Gutachten abgestellt werden, das alle beweisrechtlichen Anforderungen (vgl. E. 1.3) erfüllt. Die für den relevanten Zeitraum (Beginn des Wartjahres im Juli 2015 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung im Oktober 2017) von den B.____-Gutachtern festgestellten Befunde, Diagnosen und Lebensumstände

wurden von den

Z.____-Ärzten weitestgehend bestätigt. Ihre abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht gründet dementsprechend nicht auf wesentlichen Aspekten, die von den Gutachtern übersehen wurden. Sie lässt sich teils mit Berücksichtigung des ganz zum Schluss aufgetretenen (unklaren) Armleidens, teils mit ärztlichem Ermessen und letztlich dem erfahrungsgemäss von Behandlungspersonen ihren Patienten entgegengebrachten Wohlwollen erklären. Schliesslich lässt sich auch mittels der Standardindikatoren keine höhergradige oder gar vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer dem objektivierbaren somatischen Leiden angepassten Tätigkeit bestätigen.

In den Erwägungen der angefochtenen Verfügung wird ein Invaliditätsgrad von 14 % angegeben, beruhend auf dem Einkommensvergleich im Feststellungsblatt vom 24. November 2016 (Urk. 11/106/1). Der Beschwerdeführer äusserte sich nicht zu den Vergleichseinkommen. Gemäss IK-Auszug erzielte er im Jahr 2012 sein bisher höchstes Jahreseinkommen von Fr. 60'778.-- (Urk. 11/88). In Anbetracht des standardisierten Monatslohns (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) von über Fr. 5'300.-- für Hilfsarbeiter gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) für die Jahre 2014 und 2016, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziff. 5-96, Kompetenzniveau 1, Männer (Zentralwert) wäre

daher eine Leistungs- bzw. Lohneinbusse in einer angepassten Tätigkeit von mehr als 40 % nötig, um einen minimalen Anspruch auf eine Viertelsrente

zu begründen. Die Beschwerdegegnerin hat somit

einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht abermals verneint. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand

unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000. -- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 800. -- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, unter Berücksichtigung der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt:

1.
Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigBonetti

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).

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 9

.

Gemäss dem jüngsten Z.____-Bericht wurde der Beschwerdeführer als kurdischer Aktivist von der türkischen Polizei mit dem Tod bedroht und verprügelt. In der Begutachtung gab dieser indes an, er sei vom Vater zwischen dem 1. und 16. Lebensjahr geschlagen worden, wenn er nicht gehorsam gewesen sei. Dieser habe ihn zudem gegen seinen Willen

mit einer Türkin verheiraten wollen. Der Cousin des Vaters sei 15 Jahre lang PKK-Mitglied gewesen und die Grosseltern hätten die PKK mit Nahrungsmitteln versorgt, weshalb das Militär deren Dorf zerstört habe. Er sei 1989 in Istanbul inhaftiert und geschlagen worden (vgl. Urk. 11/102/9). Angesichts dieser vagen Schilderung, die weder auf eine lange Haft noch auf Folter oder systematische Misshandlung schliessen lassen, er scheint eine genügende Schwere der Ereignisse fragwürdig. Den Unfall im Februar 2013 nahm der Beschwerdeführer nicht ernst (vgl. Urk. 11/102/16), so dass diesem eine entsprechende Eindrücklich bei auch objektiv unspektakulärem Unfallhergang (vgl. Urk. 11/23/46) abzusprechen ist.

Mit dem

B.____-Gutachter ist hervorzuheben, dass der Beschwerdeführer bis Februar 2013 ohne Leistungseinbusse arbeitete. Diese lange Latenzzeit wird in den Z.____-Berichten nicht weiter erörtert bei gleichzeitig bestätigter Depression und psychosozial belastender Situation (schwierige Wohnsituation, finanzielle Abhängigkeit vom Sozialamt). Zutreffend ist, wie von Dr. G.____ dargelegt, dass die Diagnose einer PTBS nicht zwingend einen emotionalen Rückzug oder eine Gefühlsabstumpfung voraussetzt. Eine solche kann aber nicht damit begründet werden, dass Fernsehen den Beschwerdeführer traurig machte (Urk. 15 S. 3), der sich dennoch für die Nachrichten interessiert und – solange ihm die politische Lage stabil schien – weiterhin in die Türkei reiste (Urk. 11/102/10).

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