

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01265 vom 6. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01265](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01265)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01265 du 6 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01265 del 6 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1964, war seit 1996 als selbständiger Taxifahrer tätig (Urk. 7/24 unten). Nach einem Unfall vom 20. Dezember 1998 (vgl. Urk. 7/11/4) meldete er sich am 21. Juli 1999 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/8). Mit Verfügung vom 20. April 2000 (Urk. 7/28) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, bei einem Invaliditätsgrad von 18 % einen Leistungsanspruch.

Am 20. Februar 2014 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/41). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche (Urk. 7/43) und medizinische Abklärungen (Urk. 7/44, Urk. 7/54, Urk. 7/75) und holte bei der Z.\_\_\_\_ ein poly disziplinäres Gutachten (Urk. 7/77) ein. Nachdem die erste psychiatrische Untersuchung abgebrochen werden musste, wurde eine zweite psychiatrische Begutachtung bei der Z.\_\_\_\_ veranlasst. Das zweite Gutachten wurde am 7. September 2016 (Urk. 7/93) erstattet. Am 20. Oktober 2016 (Urk. 7/95) erliess die IV-Stelle den Vorbescheid. Der Versicherte brachte dagegen Einwände (Urk. 7/107) vor.

Mit Verfügung vom 30. Oktober 2017 (Urk. 7/128 = Urk. 2) verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch des Versicherten.

### **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**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind,

auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisiionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2011).

### **E. 1.4**

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. 28 Abs. 1 IVG).

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 21. November 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Oktober 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventuell sei ihm eine Viertelsrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Januar 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 7. Februar 2018 wurde

dem Beschwerdeführer in Bewilligung des Gesuchs vom 21. November 2017 (Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihm eine Kopie der

Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8 Dispositiv Ziff. 1-2).

Die Beschwerdegegnerin reichte dem Gericht am 11. April 2018 (Urk. 9) einen medizinischen Bericht (Urk. 10/2) ein, der dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. Februar 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin berechnete einen Invaliditätsgrad von 30 % und verneinte daher einen Rentenanspruch (Urk. 2 S. 1). Weiter stellte sie im angefochtenen Entscheid fest, die diagnostizierte Dysthymia könne als depressive Störung in Form einer depressiven Verstimmung von geringerer Schwere angesehen werden. Das polydisziplinäre Gutachten vom 7. September 2016 und die ergänzenden Angaben des psychiatrischen Gutachters vom 29. Mai und vom 11. September 2017 seien umfassend. Es leuchte in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen seien begründet. Am Gutachten werde festgehalten (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, es müsse ermittelt werden, welche Tätigkeiten in welchem zeitlichen Umfang er mit und ohne Gesundheitsschaden ausüben könne. Anschliessend seien die Tätigkeiten erwerblich zu gewichten. Es sei daher ein Betätigungsvergleich vorzunehmen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 5). Die Beschwerdegegnerin habe bei der Berechnung des Invaliditätsgrades dagegen auf die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs abgestellt. Im zweiten Gutachten seien eben falls diverse Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit festgestellt worden. Ein reiner Einkommensvergleich könne somit nicht vorgenommen werden (S. 6 Ziff. 6).

Im zweiten Gutachten vom 7. September 2016 fehle sodann die Diskussion von anderslautenden Berichten (S. 8 Ziff. 11). Die angestammte Tätigkeit als Taxifahrer könne er sowohl aus psychiatrischer als auch aus somatischer Sicht nicht mehr ausüben (S. 11).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. April 2000 erheblich verschlechtert hat. 3.

## **E. 3**

E. 3.1.2).

### **E. 3.1**

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, berichtete am 8. Oktober 1999 (Urk. 7/19/7-9), dass der Beschwerdeführer am 20. Dezember 1998 während der Arbeit als Taxifahrer von Rowdies zusammengeschlagen worden sei, wobei er multiple Verletzungen im Bereich des Kopfes und der Brustorgane erlitten habe. Es bestünden persistierende Schmerzen im Bereich des Thoraxes und persistierende Schwindelbeschwerden.

Aufgrund der immer noch geklagten Schwindelbeschwerden und der psychischen Traumatisierung sei er für den Beruf als Taxifahrer wahrscheinlich nicht mehr geeignet (S. 1 Ziff. 2). Dr. A.\_\_\_\_ nannte als Diagnosen ein Polytrauma vom 20. Dezember 1998 mit persistierenden Schwindelbeschwerden und einer Orbita bodenfraktur links, einer nicht dislozierten Nasenbeinfraktur, einer Trommelfell perforation rechts und einer

Sternumlängsfraktur (S. 1 Ziff. 3).

Der A. \_\_\_ gab an, dass der physisch und psychisch reduzierte Patient als Taxifahrer noch knapp 50 % arbeitsfähig sei (S. 3 lit. a). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei er ganztags arbeitsfähig (S. 3 lit. e).

### **E. 3.2**

Mit Verfügung vom 20. April 2000 (Urk. 7/28) verneinte die Beschwerdegegnerin bei einem Invaliditätsgrad von 18 % einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und auf eine Rente. 4. 4.1

Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 27. März 2014 (Urk. 7/44/1-3) an, der Beschwerdeführer könne wegen häufiger Diarrhoe nicht mehr Taxifahren (Ziff. 1.4). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, bis der Durchfall und die Müdigkeit sich verbessert hätten. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund einer Konzentrationsstörung eingeschränkt. Der Beschwerdeführer müsse als Taxifahrer zudem ständig eine Toilette aufsuchen (Ziff. 1.7). 4.2 Dr. med. C. \_\_\_, praktischer Arzt, nannte im Bericht vom 19. Juli 2014 (Urk. 7/54/1-4) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - metabolisches Syndrom - Panhypopituitarismus unklarer Ätiologie - depressive Entwicklung - leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom - ausgeprägte Vergesslichkeit, unklarer Genese, Differentialdiagnose: Demenz

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 1 Ziff. 1.1): - Anämie - Hypovitaminose D - Steatohepatitis

Der Hausarzt führte zur Anamnese aus, seit mehreren Jahren bestünden ein metabolisches Syndrom, ein Panhypopituitarismus sowie ein Schlafapnoesyndrom mit entsprechenden Symptomen wie einer ausgeprägten Müdigkeit, Kopfschmerzen, Vergesslichkeit und einer Konzentrationsschwäche. Die Prognose sei ungünstig. Im aktuellen Zustand sei dem Beschwerdeführer eine geeignete Tätigkeit maximal zu 30-40 % zumutbar. Als Taxifahrer sei er theoretisch deutlich eingeschränkt (S. 2 Ziff. 1.4). Für die Tätigkeit als Taxifahrer seien keine sicheren Angaben zur Arbeitsfähigkeit möglich. Der Beschwerdeführer könne jedoch seit Monaten keiner Arbeit nachgehen. Die Belastbarkeit sei aus somatischer sowie aus psychiatrischer Sicht deutlich eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei theoretisch maximal für zwei bis drei Stunden pro Tag zumutbar (S. 2 Ziff. 1.6-1.7). 4.3

Die Fachleute der Klinik D. \_\_\_ berichteten am 21. August 2014 (Urk. 7/75/8-12) über eine ambulante Untersuchung des Beschwerdeführers. Sie stellten folgende Diagnosen (S. 1): - Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizit bei obstruktivem Schlafapnoesyndrom, Erstdiagnose Oktober 2012 - Vitamin B12-Mangel - psychosoziale und Verdacht auf posttraumatische Belastungssituation - Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose 2008 - Adipositas Grad I - Panhypopituitarismus ungeklärter Ätiologie, Erstdiagnose November 2012, Differentialdiagnose: Hypophysitis

Die Fachleute der Klinik D. \_\_\_ führten in ihrer Beurteilung über die Abklärung aus, im Vordergrund seien Defizite der Aufmerksamkeit und der Konzentration zu finden, die im Rahmen des Schlafapnoesyndroms beurteilt worden seien. Unklar sei, ob ein Defekt am Gerät oder ein nicht korrektes Handling hierfür verantwortlich sei (S. 2 unten). Es seien ausgeprägte Beeinträchtigungen der Dauer Aufmerksamkeit und der Vigilanz sowie bei komplexeren Aufmerksamkeitsfunktionen festgestellt worden. Daneben seien Einschränkungen des visuellen Gedächtnisses sowie im Bereich der exekutiven

Funktionen zu finden. Das neuro psychologische Störungsmuster sei insgesamt vereinbar mit der bekannten Schlaf apnoe. Zusätzlich bestehe ein Zusammenhang mit der psychischen Belastungs situation. Das objektivierte Leistungsprofil führe aus neuropsychologischer Sicht zu einer Minderung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf (S. 2 f.). Auf grund der Beeinträchtigungen bei den fahrrelevanten Aufmerksamkeitsleistungen sei eine Fahreignung beruflich und privat aktuell nicht gegeben (S. 3 oben). 4.4

Lic. phil. E.\_\_\_\_, Psychologe FSP, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichteten am 11. Mai 2015 (Urk. 7/75 /1-6) über die Behandlung des Beschwerdeführers durch lic. phil. E.\_\_\_\_ seit dem 28. Februar 2014 (S. 1 Ziff. 1.2).

Lic. phil. E.\_\_\_\_ nannte als psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), die seit 2012 bestehe (S. 1 Ziff. 1.1).

Weiter wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Januar 2014 zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe mehrmals versucht, mit einem kleinen Arbeits pensum wieder in seinem Beruf zu starten. Aufgrund der Beschwerden sei ihm dies aber nicht gelungen. Er habe deshalb am 1. Januar 2015 seine Taxihalter bewilligung abgegeben (S. 2 Ziff. 1.4 oben). Der Patient leide stark unter de pressiven Symptomen, wie Wutanfällen, Schlafstörungen, Antriebslosigkeit, verminderter Freude und verminderten Interessen, einer körperlichen Müdigkeit, Traurigkeit, einem verminderten Selbstwert, Konzentrationsstörungen und einem sozialen Rückzug. Weiter bestünden eine innere Unruhe sowie eine Gereiztheit in zwischenmenschlichen Beziehungen. Konkrete und latente Suizidgedanken be stün den nicht. Der Patient leide zudem unter körperlichen Beschwerden, die seine Arbeitsfähigkeit ebenfalls einschränkten (S. 2 Ziff. 1.4 Mitte).

Lic. phil. E.\_\_\_\_ attestierte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Taxifahrer seit dem 1. Januar 2014 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 3 Ziff. 1.6). Sowohl die körperlichen als auch die psychischen Beschwerden liessen es nicht zu, dass der Patient seine angestammte Tätigkeit ausüben könne. Die Schlafapnoe führe dazu, dass er manchmal im Taxi schlafen müsse, da er in der Nacht nicht erholsam schlafen könne. Die depressiven Symptome, wie Antriebs losigkeit, innere Unruhe und Gereiztheit, belasteten den Patienten bei seiner Tätigkeit stark. Eine körperlich angepasste Tätigkeit sei für bis zu zwei bis drei Stunden pro Tag möglich (S. 3 Ziff. 1.7). 4.5 4.5.1

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ erstatteten am 5. Juni 2015 (Urk. 7/77) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein polydisziplinäres Gutachten. Die Untersuchungen in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Orthopädie und Endokrinologie-Diabetologie erfolgten am 25. und 26. März 2015 (S. 2). Das Gutachten ist von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allge meine Innere Medizin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Fach arzt für Orthopädie, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Allge meine Innere Medizin und für Endokrinologie-Diabetologie, unterzeichnet (S. 29).

Die Gutachter gaben zu den geklagten Beschwerden an, im Jahr 2007 sei beim Beschwerdeführer ein Diabetes mellitus diagnostiziert worden. Zusätzlich bestün den Krankheiten wie ein Schlafapnoesyndrom und eine Verminderung der Hor mone, weswegen er sehr rasch ermüde. Aus diesem Grunde habe er seine Taxi fahretätigkeit etwa ab 2011 sukzessive reduzieren und Ende 2013 ganz aufgeben müssen. Er sehe sich aktuell nicht imstande, einer Arbeit nachzugehen. Dies wegen fehlender Kraft, einer fehlenden und

verminderten Konzentration und einer verstärkten Müdigkeit. Obschon er wegen des seit 2012 bekannten Schlaf apnoesyndroms eine Atemmaske benütze, schlafe er täglich zwei bis dreimal ein, ohne dass er etwas dagegen tun könne (S. 10 f. Ziff. 4.1). 4.5.2

Zur psychiatrischen Untersuchung wurde ausgeführt, die Fachleute der Klinik D. \_\_\_ hätten ein Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizit bei obstruktivem Schlafapnoesyndrom diagnostiziert. Darüber hinaus seien eine psychosoziale und ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungssituation diagnostiziert worden (S. 14 unten).

Bei der aktuellen Untersuchung habe zunächst ein affektiver Kontakt hergestellt werden können. Hinweise auf Aggravation, Simulation oder eine Ermüdung hätten sich im Laufe der zirka 1.5-stündigen Untersuchung nicht ergeben. Bei der gezielten Exploration in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit sei der Beschwerdeführer in einen Anspannungszustand geraten, was eine weitere Untersuchung verunmöglicht habe. Wiederholte Versuche der Referentin, deeskalierend zu intervenieren, hätten lediglich zu kurzen Entspannungen geführt, die von wiederholten verbalen Wutausbrüchen abgelöst worden seien (S. 14 f.). Der Explorand habe sich abwertend über den Begutachtungsprozess und die involvierten Institutionen geäußert. Die Erklärungen der Referentin, dass eine gezielte Exploration bei einer gründlichen Abklärung dazugehöre, hätten von ihm nicht angenommen werden können. Aus seiner Sicht habe die Befragung lediglich dem Ziel gedient, ihn als Betrüger darzustellen, wobei «die Herrscher ihren Wohlstand behalten können». Diese Überzeugung habe sich nicht beeinflussen lassen. Der Beschwerdeführer habe den Wunsch geäußert, das Gespräch zu beenden und habe darauf bestanden. Er sei auch nicht bereit gewesen, dieses zu anderen Themen als der Arbeitsfähigkeit fortzuführen. Unter diesen Bedingungen hätten keine orientierende Untersuchung der kognitiven Funktionen und keine Beschwerdevalidierung-Testung durchgeführt werden können. Das klinische Gesamtbild habe jedoch viele Informationen für eine diagnostische Einschätzung geliefert (S. 15 oben).

Dr. H. \_\_\_ nannte als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Überfall vom 20. Dezember 1998 (ICD-10 F62.0). Als Differentialdiagnose nannte sie eine schwere reaktiv-neurotische Entwicklung nach Überfall auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61; S. 14 Ziff. 5.1 oben).

Eine depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Episode nach ICD-10 habe nicht vorgelegen. In den Interaktionen hätten sich ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber der Umwelt sowie ein Beeinträchtigungserleben gezeigt. Der Explorand habe eindrücklich geschildert, dass er bei seinen Fahrgästen in den Jahren nach dem Überfall Schwierigkeiten gehabt habe, sie hinsichtlich potentieller Gefahren einzuschätzen. Sobald die Leute ihm «komisch» vorgekommen seien, habe er sich geweigert, die Taxifahrt durchzuführen (S. 15 oben). Darüber hinaus habe sich in seiner Persönlichkeitsstruktur eine erhöhte Sensibilität und Kränkbarkeit gezeigt. So sei der Beschwerdeführer trotz eines Leidensdruckes jahrelang nicht zu einem Psychiater gegangen, um sich nicht zu erniedrigen. Die Befragung bei der Z. \_\_\_ in wohlwollender Atmosphäre habe bei ihm eine Kränkung ausgelöst. Die damit verbundene emotionale Reaktion habe er kaum kontrollieren können (S. 15 Mitte). Die kognitiven Vorgänge erschienen als ausgeprägt rigide. Es hätten sich bedeutende Abweichungen im Bereich der Kognition, der Affektivität, der Impulskontrolle und in zwischenmenschlichen Beziehungen gefunden. Die genannten Auffälligkeiten seien im Rahmen einer Persönlichkeit mit paranoiden und narzisstischen Zügen zu sehen. Inwieweit es sich um eine schwere reaktiv-neurotische Entwicklung bei prämorbid (vor dem Unfall)

bestehender Vulnerabilität im Sinne einer Persönlichkeitsstörung oder um eine posttraumatische Entwicklung im Sinne einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung handle, lasse sich nach einer 1 1/2-stündigen Untersuchung nicht sicher differenzieren. Bei einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung handle es sich allerdings in der Regel um Extrembelastungen wie einem Aufenthalt in einem Konzentrationslager, Folter oder Katastrophen (S. 15 unten).

Anhand der Querschnittsuntersuchung bestehe für den Beruf als Taxifahrer derzeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Dies ergebe sich aus der gestörten Wahrnehmung der Aussenwelt mit einem instabilen Affekt, sodass mit wiederholten Konflikten mit Fahrgästen zu rechnen sei. In einer Alternativtätigkeit ohne zusätzliche externe Stressoren und ohne Kundenkontakt sei eine Arbeitsfähigkeit denkbar. Eine genaue Quantifizierung derselben sei aufgrund der unzureichenden Informationen in den Akten, des Abbruches der psychiatrischen Untersuchung und ausweichender Antworten des Exploranden nicht möglich (S. 16 oben). Der Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt sollte behutsam und stufenweise erfolge (S. 16 unten). 4.5.3

Dr. J. \_\_\_ führte im endokrinologischen/diabetologischen Fachgutachten vom 26. März 2015 aus, der Patient habe bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Müdigkeit und Konzentrationsstörungen angegeben. Ob die endokrinologischen Erkrankungen des Patienten (partieller Hypopituitarismus/ Diabetes) dafür verantwortlichen seien, sei schwierig zu beantworten. Der Hypopituitarismus scheine mit der aktuellen Medikation adäquat eingestellt zu sein. Eine Steigerung der Hydrocortison-Dosis sei vom Patienten aufgrund einer Gewichtszunahme und einer Blutzucker-Entgleisung nicht toleriert worden. Allenfalls könne eine Steigerung der Dosis von Eltroxin versucht werden. Der Diabetes scheine knapp adäquat eingestellt zu sein (S. 18 Mitte). Von endokrinologischer Seite dürfte der partielle Hypopituitarismus eine geringgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von höchstens 10-20 % mit sich bringen. Der Diabetes werde als nicht ausreichend für eine Arbeitsunfähigkeit erachtet, insbesondere da eine orale Therapie bestehe und der Patient nicht mehrfach den Blutzucker messen oder Insulin spritzen müsse (S. 18 unten).

Die orthopädische Begutachtung ergab, dass der Explorand in der angestammten Tätigkeit als Taxifahrer zu 100 % arbeitsfähig sei (S. 19 unten). 4.5.4

Die Gutachter der Z. \_\_\_ stellten gesamthaft folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 6.1): - Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsstörung nach Überfall vom 20. Dezember 1998 (ICD-10 F62.0) - Differentialdiagnose: schwere reaktiv-neurotische Entwicklung nach Überfall auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen (ICD-10 F61) - partieller Hypopituitarismus unklarer Ätiologie, Erstdiagnose August 2011

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 20 f. Ziff. 6.2): - metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose 2007 - Dyslipidämie, anamnestisch seit 2007 - Adipositas - obstruktives Schlafapnoesyndrom, CPAP-Therapie seit 2012 - weitere Risikofaktoren: Status nach Nikotinabusus - Steatohepatitis, Differentialdiagnose im Rahmen der Adipositas - normochrome, normozytäre Anämie - Vitamin D-Mangel unter Substitution - initiale Coxarthrose beidseits - chronisches zervikospindylogenes, nicht radikuläres Schmerzsyndrom, bei leichter Facetten- sowie Uncovertebralarthrose HWK4/5 sowie HWK5/6 - chronisches thorakospindylogenes und diskogenes, nicht radikuläres Schmerzsyndrom bei geringer

lateralen Spondylose BWK7/8 und geringer Osteochondrose BWK7-9 - Pes planus beidseits - Status nach traumatischer Orbita-Bodenfraktur links, nicht dislozierter Nasenbeinfraktur und Thoraxkontusion mit Sternum-Längsfraktur am 20. Dezember 1998

Der Beschwerdeführer habe seit Juli 1996 als selbständiger Taxifahrer gearbeitet. Am 20. Dezember 1998 habe er bei einem tätlichen Angriff von Fahrgästen eine Orbita-Bodenfraktur links, eine nicht dislozierte Nasenbeinfraktur, eine Trommelfellperforation rechts sowie eine Thoraxkontusion mit Sternum-Längsfraktur erlitten. Anschliessend sei er während etwa zwei Jahren nicht arbeitsfähig gewesen. Ab dem Jahr 2000 bis Ende 2013 sei der Explorand erneut als Taxifahrer tätig gewesen. Seit der ersten Beurteilung im Jahr 2000 seien mehrere internistische Probleme diagnostiziert worden. Gemäss den Angaben des Hausarztes bestehe auch eine depressive Symptomatik, ohne dass bisher eine psychiatrische Therapie stattgefunden habe (S. 21 Ziff. 7.1).

Der Explorand habe aktuell über fehlende Kraft, eine stark erhöhte Müdigkeit und Schwäche, eine Einschlaf tendenz tagsüber sowie Konzentrationsstörungen und leichte Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates geklagt (S. 22 oben). Aus psychiatrischer Sicht bestehe der Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach dem Überfall vom 20. Dezember 1998 oder auf eine schwere reaktive neurotische Entwicklung auf dem Boden einer kombinierten vorstehenden Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen. Die Persönlichkeit des Exploranden sei sodann durch eine erhöhte Sensibilität und Kränkbarkeit gekennzeichnet (S. 22 Mitte).

Die Gutachter seien zur Einschätzung gekommen, dass für die angestammte Tätigkeit als Taxifahrer bleibend keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Die Einschränkung ergebe sich durch die andauernde Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen (S. 23 Ziff. 7.2). Die Persönlichkeitsstörung dürfte auch in einer Alternativtätigkeit ohne zusätzliche externe Stressoren wie Arbeits- oder Zeitdruck, Arbeiten spät abends oder nachts, im Schichtdienst oder mit Kundenkontakt einen Einfluss haben und zu einer Verminderung der Arbeitsfähigkeit führen. Die Ausführung einer solchen Tätigkeit sei aber durchaus denkbar. Eine diesbezügliche Quantifizierung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund des Abbruchs der psychiatrischen Exploration aber nicht möglich (S. 23 f. Ziff. 7.3). 4.5.5

Die Gutachter antworteten auf die entsprechende Frage der Beschwerdegegnerin, es sei seit der Erstbeurteilung im Jahr 2000 zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Heute bestünden als Diagnosen eine Persönlichkeitsstörung nach dem Überfall von 1998 und als Differentialdiagnose eine schwere reaktive neurotische Entwicklung auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und paranoiden Anteilen. Weiter seien ein partieller Hypopituitarismus, ein metabolisches Syndrom, eine normochrome, normozytäre Anämie sowie leichte degenerative Veränderungen, vor allem im Bereich der Wirbelsäule und der Hüfte, zu diagnostizieren. Diese Störungen seien im Jahr 2000 nicht vorhanden gewesen. Dies führe zu einer stärkeren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 25 Ziff. 7.7.1). 4.6

Dr. med. Dr. rer. pol. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in der Stellungnahme vom 30. Juni 2015 zum Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 5. Juni 2015 aus, aufgrund eines Wutausbruches des Beschwerdeführers während der psychiatrischen Exploration habe die psychiatrische Begutachtung abgebrochen werden müssen. Der Beschwerdeführer sollte eine zweite

Chance zur Begutachtung erhalten. Zuvor sollte ein eingehendes Gespräch erfolgen, wobei er darauf hinzuweisen sei, dass im Fall des Nichtmitwirkens Konsequenzen folgen würden (Urk. 7/94 S. 4 f.). 4.7

#### 4.7.1

Die zweite psychiatrische Begutachtung in der Z.\_\_\_\_ erfolgte am 21. Januar 2016 durch Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie (Urk. 7/93/8 oben). Das zweite Gutachten datiert vom 7. September 2016 (Urk. 7/93).

Prof. L.\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Teilgutachten vom 5. September 2016 (Urk. 7/93/7-35) zur Anamnese aus, nach den Angaben des Beschwerdeführers gehe der Diabetes «rauf und runter». Dann habe er noch Probleme im Zusammenhang mit dem Schlafapnoesyndrom. Die Atemmaske funktioniere nicht recht (S. 2 Ziff. 2.1). Er merke, dass er Einbussen bei der Konzentration habe und er immer wieder von Müdigkeit übermannt werde (S. 2 f. Ziff. 2.1). Nach dem Überfall vom Dezember 1998 habe ihm niemand geholfen. Die Hells Angels hätten ihn zusammenschlagen. Dies sei im Gerichtsprozess als Raufhandel bezeichnet worden. Er habe den Eindruck gehabt, dass im Gericht alle Angst vor ihnen gehabt hätten und keiner etwas gesagt habe (S. 3 oben). Aktuell übernehme er den Taxidienst nur, wenn er sich besser fühle. Er übernehme dann ein- bis zweimal in der Woche eine Schicht von 7-8 Stunden. Davon arbeite er eigentlich nur 4-5 Stunden. Er komme zurecht, habe aber immer noch Probleme, wenn ein Kunde hinter ihm sitze, das mache ihn unsicher (S. 3 Mitte). Durch den Abstand der letzten zwei Jahre habe er sich eigentlich ganz gut gefühlt. Wenn er aber in Diskussionen gerate, zum Beispiel mit unfreundlichen Fahrgästen, würden die alten Dinge wieder hochkommen (S. 3 unten).

Der Beschwerdeführer sei zwar wieder als Taxifahrer tätig. Er glaube aber nicht, dass er diese Tätigkeit langfristig weiterführen könne (S. 4 unten). Zum Tagesablauf befragt, habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er oft erst um 3 oder 4 Uhr in der Nacht einschlafe. Das führte dazu, dass er dann erst gegen Mittag aufstehe. Der Gebrauch der Apnoe-Maske sei weiterhin schwierig, was die Nacht ebenfalls belaste (S. 5 unten). Sein Lebensstandard habe sich massiv verschlechtert. Früher sei sehr viel möglich gewesen, während er sich jetzt sehr einschränken müsse (S. 6 f.). Tagsüber gehe er gelegentlich in Cafés, wo er gemeinsam mit ehemaligen Kollegen oder Freunden einen Kaffee trinke oder Karten spiele. Er sei dort beliebt, wobei er schon Probleme mit seiner Situation als «Nichtarbeitender» habe. Der Explorand habe sodann gelegentliche Aufenthalte in der Heimat angegeben, zum Beispiel in Istanbul. Die Aufenthalte erfolgten in Begleitung von Familienmitgliedern (S. 7 oben).

Der Explorand sei seit etwa zwei Jahren in psychologischer Behandlung, wobei er alle zwei bis drei Wochen lic. phil. E.\_\_\_\_ aufsuche, mit dem er in seiner Landessprache reden könne (S. 9 oben). Bezüglich Beziehungsgestaltung habe der Explorand ständig auf die Unterstützung verwiesen, die er durch die Familie erfahren habe, obwohl es für diese nicht leicht gewesen sei. Er habe betont, dass er sich früher sehr um die Familie gekümmert habe (S. 9 Mitte).

Bei dem Unfall von 1998 hätten ihn Fahrgäste und weitere Personen vor Ort körperlich angegangen und zusammenschlagen. Im weiteren Verlauf sei er dann nicht mehr so belastungsfähig und sensibler gewesen und er habe auf seine Umwelt aggressiver reagiert (S. 11 unten).

Die Exploration sei im Beisein eines Dolmetschers durchgeführt worden (S. 12 Ziff. 2.2).  
4.7.2

Der Gutachter führte zum psychopathologischen Befund aus, die Konzentration habe über die Untersuchungsdauer von etwas mehr als zwei Stunden ohne Pause sehr gut gehalten werden können. Der Antrieb sei ungestört gewesen (S. 13 oben). Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen hätten sich nicht ergeben (S. 13 Mitte). Der körperliche Übergriff von 1998 stelle für den Exploranden zwar ein zentrales Unrecht dar, dennoch liege keine wahnhafte Aufarbeitung dieser Inhalte vor. Im Ausdrucksverhalten sei der Explorand freundlich zugewandt und sehr gut schwingungsfähig gewesen. Ein eigentlicher Leidensdruck sei trotz der Ausführungen über seine schwierige gesundheitliche Situation nicht zur Darstellung gekommen. Auffällig sei jedoch eine allgemeine Lebensunzufriedenheit, die sich jedoch nicht in den Affekten niederschlage. Psychomotorisch sei der Explorand allenfalls zu Beginn etwas angespannt erschienen (S. 13 unten). 4.7.3

Prof. L.\_\_\_\_ nannte als psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia als Folgediagnose einer Anpassungsstörung nach einem Trauma durch Überfall im Dezember 1998, Angst und depressive Störung gemischt, akzentuiert vor dem Hintergrund der bestehenden somatischen Erkrankungen, und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischen, alexithymen und fraglich paranoiden Anteilen (ICD-10 Z73.1). Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter keine (S. 14 Ziff. 3).

Bei der Exploration habe sich der Eindruck ergeben, dass der Explorand trotz der immer wieder ausgedrückten Aggressivität gegenüber schwierigen Fahrgästen mit in Aussicht gestelltem Kontrollverlust ausgesprochen höflich und dem Referenten gegenüber freundlich agiert habe. Insgesamt könne von einer guten Integritätsleistung ausgegangen werden, auch im Rahmen der offensichtlich früh erworbenen Sprachkompetenz (S. 15 f.). Der Explorand sei aber kaum in der Lage gewesen, über eigene Gefühle zu berichten, die die biografisch relevanten Ereignisse eigentlich erwarten liessen (Repression in der Türkei, Arbeitsplatzverlust, Ehekonflikte). Aus der Darstellung der Biografie sei ersichtlich, dass der Explorand versuche, über korrektes, manchmal auch überangepasstes Verhalten die Zustimmung seiner Umgebung zu erlangen (S. 16 Mitte). Zur Grundpersönlichkeit sei bereits für die Zeit vor dem Ereignis von 1998 zu konstatieren, dass schlüssige Hinweise für eine Akzentuierung von narzisstischen und alexithymen Persönlichkeitszügen bestünden. Die narzisstischen Züge seien in der Bewältigung des späteren Unfallereignisses sehr deutlich geworden. Hinweise auf eine sich aus der Kindheit und Jugend heraus entwickelnde Persönlichkeitsstörung lägen nicht vor und würden auch dem Verlauf bis heute widersprechen (S. 16 unten).

Von somatischer Seite sei der Verlauf nach dem Unfall vom Dezember 1998 als komplikationslos dargestellt worden, ohne Hinweise auf eine zerebrale Schädigung (S. 17 unten). Es werde der Verdacht geäußert, dass damals die Kriterien einer Anpassungsstörung mit depressiv-ängstlichen Anteilen erfüllt gewesen seien. Belastbare Hinweise für eine darüber hinaus gehende Angststörung oder eine schwerer wiegende affektive Störung fehlten jedoch (S. 17 f.). Aus Sicht des Referenten sei die eingetretene Verhaltensänderung des Beschwerdeführers am ehesten als eine sich aus der Anpassungsstörung heraus entwickelnde Dysthymie zu interpretieren (S. 18 Mitte). Eine depressive Episode nach ICD-10 könne aktuell ausgeschlossen werden, wobei eine

ängstlich-depressive Symptomatik durchaus erkennbar sei. Die in den Akten diskutierte posttraumatische Belastungsstörung lasse sich in der aktuellen Exploration nicht erhärten. Zwar sei plausibel dar gestellt worden, dass die Arbeitssituation als Taxifahrer zum Teil als aversiv erlebt werde, insbesondere im Kontakt mit schwierigen Kunden. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nach den vorliegenden Informationen aber nicht einsatzweise erfüllt (S. 19 oben).

Vor dem Hintergrund der vorbestehenden Persönlichkeitsstruktur sei es im Ge folge des im Dezember 1998 erlittenen Traumas zunächst zu einer Anpas sungs störung und im Verlauf zu einer anhaltenden Dysthymia mit einer gemischt ängstlich/depressiven Symptomatik gekommen (S. 20 Mitte). Bezüglich des Schwe re grades sei bis heute vorwiegend von einer leichten bis wahrscheinlich zeitweise mittelgradigen psychischen Störung auszugehen. Zu beachten sei, dass die grundsätzlich leichte Störung in ihrer Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit durch die im Verlauf der letzten Jahre hinzugetretenen somatischen Störungen erheblich verstärkt worden sei.

Prof. L.\_\_\_\_ führte zur Konsistenz aus, in den beiden durchgeführten psychia tri schen Untersuchungen hätten sich keine Hinweise für eine Aggravation oder Simu lation ergeben. Eine gewisse Verdeutlichungstendenz entspreche den ge stell ten psychiatrischen Diagnosen mit einer auch narzisstisch getragenen Dyna mik (S. 20 unten). Der Explorand sei grundsätzlich in der Lage, sich situativ adäquat zu verhalten (S. 21 oben). Es sei denkbar, dass er sich unter belastenden Situationen wie der direkten Konfrontation mit dem subjektiv erlittenen Unrecht des Unfalles oder bei der Beförderung von Fahrgästen, die ihn an den Überfall erinnerten, ein Stück weit in seiner narzisstischen Wut gehen lasse. Aus Sicht des Referenten bleibe die Steuerungsfähigkeit aber durchaus erhalten (S. 21 Mitte).

Der Explorand nehme sodann sehr bewusst an den Entscheidungen innerhalb seiner Familie teil. Weiter habe er selbst vor einigen Monaten die Entscheidung initiiert, wieder mit dem Taxifahren zu beginnen (S. 21 f.). Bezüglich der Durch haltefähigkeit würden sich Hinweise auf Einschränkungen ergeben, insbesondere im Zusammenhang mit den somatischen Erkrankungen. Der Explorand sei sicher lich in der Lage, sich bei Alltagsaktivitäten selbst zu behaupten. Insgesamt sei das Selbstwertgefühl jedoch reduziert und es müsse angenommen werden, dass er bei erheblichem Druck impulsiv und dysfunktional agieren könne (S. 22 oben). Die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit seien nach der Anamnese als gegeben anzusehen. Entsprechend halte sich der Explorand auch regelmässig in Gruppen von Landsleuten auf (S. 22 unten). Aus psychiatrischer Sicht er schwere die Dysthymia vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstruktur des Exploranden den adäquaten Umgang mit den erlebten Defiziten erheblich. Zwar bestehe weiterhin eine eher leichte Störung (Dysthymia). Aus der Komorbidität heraus habe diese heute aber ein Gewicht mit Auswirkung auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit (S. 26 Mitte). 4.7.4

Unstrittig sei, dass es gesamthaft zu einer relevanten Verschlechterung des Ge sundheitszustandes seit der letzten Beurteilung im Jahr 2000 bis heute ge kommen sei (S. 26 Ziff. 5.1). Durch die Veränderungen im somatischen Bereich habe die nach dem Ereignis von 1998 eintretende psychoreaktive, anhaltende Sympto matik mit der im Vordergrund stehenden neurotischen Depression (Dysthymia) zirka ab 2007/2008 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Einfluss auf die bis dato nicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit im Beruf genommen. Somit liege klar ein veränderter Gesundheitszustand vor (S. 26 f. Ziff. 5.1).

Aus psychiatrischer Sicht sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach dem Ereignis vom Dezember 1998 nicht gänzlich auszuschliessen. Die vorliegenden Informationen und die Anamnese legten jedoch nahe, dass diese im Abstand von maximal einem Jahr nach dem Ereignis vollständig wiederhergestellt gewesen sei. Dabei seien gewisse Defizite im Sozialverhalten des Exploranden ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit durchaus wahrscheinlich. Somit sei von einer vollständig erhaltenen Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer oder in einer Verweistätigkeit in den Jahren nach dem Ereignis auszugehen (S. 27 Ziff. 5.2 Mitte). Ohne die somatischen Erkrankungen sei davon auszugehen, dass heute trotz der Dysthymia eine vollständige Arbeitsfähigkeit oder allenfalls eine um 20 % reduzierte Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestehe (S. 27 Ziff. 5.2 unten). 4.7.5

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ führten in der interdisziplinären Beurteilung aus, in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden können. Die psychiatrischen Störungen würden neu als mit dem Beruf des Taxifahrers vereinbar angesehen (Urk. 7/93 S. 3 Ziff. 2.1).

Es werde ein Verlauf mit einer infolge des Überfalles vom Dezember 1998 psychisch und somatisch stark eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und der Wiedererlangung der vollständigen Arbeitsfähigkeit im Jahr 2000 für wahrscheinlich erachtet. Mit dem Auftreten der somatischen Erkrankungen ab dem Jahr 2008 hätten die psychiatrischen Störungen nicht mehr soweit kompensiert werden können, so dass nicht mehr von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Der Explorand sei durchaus in der Lage, seinen angestammten Beruf als Taxifahrer weiterhin auszuüben. Er benötige aber vermehrte Pausen und Erholungszeiten. Die Einsatzzeiten sollten regelmässig sein und keine Spät-/Nachtschichten beinhalten. Insgesamt sei die zeitliche Arbeitsfähigkeit um 30 % reduziert. Dies resultiere aus den ungünstigen interferierenden und sich dadurch verstärkenden Auswirkungen der endokrinologischen Probleme mit den psychischen Störungsbildern (S. 3 Ziff. 2.2). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % gelte auch für jegliche Verweistätigkeit (S. 3 Ziff. 2.3). 4.8

Dr. K.\_\_\_\_ führte in der Stellungnahme vom 20. September 2016 (Urk. 7/94 S. 6 f.) zum Zweitgutachten der Z.\_\_\_\_ aus, gemäss dem Gutachten könne die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden. Weiter hätten sich keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation ergeben. Eine gewisse Verdeutlichungstendenz entspreche den psychiatrischen Diagnosen mit einer narzisstisch getragenen Dynamik. Durch das Hinzutreten von somatischen Erkrankungen im Verlauf ab 2007/2008 sei die Arbeitsfähigkeit relevant eingeschränkt. Eine chronologische Skizzierung der Arbeitsfähigkeit sei aber nicht möglich (S. 6 unten).

Gesamthaft sei seit 2008 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % zu attestieren. Die aktuell erhobenen Befunde und Einschränkungen seien seit 2008 annähernd unverändert, wobei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch das Zusammenwirken von somatischen und psychiatrischen Einschränkungen bedingt sei. Das Zweitgutachten stütze sich auf die IV-Akten, die zur Verfügung gestellten Unterlagen und die Ergebnisse der Anamnese und der erhobenen Befunde. Es sei umfassend und schlüssig. Die Ergebnisse der Konsistenzprüfung seien nachvollziehbar (S. 7 oben). Die rasche Ermüdbarkeit und die Pausenbedürftigkeit des Beschwerdeführers sollten berücksichtigt werden. Spät- und Nachtschichten seien zu vermeiden. In der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 7 unten). 4.9

Lic. phil. E.\_\_\_\_ gab im Bericht vom 26. Januar 2017 (Urk. 7/106; visiert von Dr. F.\_\_\_\_) an, der Beschwerdeführer leide aktuell unter Schlafstörungen, innerer Unruhe, einem Konzentrationsmangel, Stimmungsschwankungen, körperlicher Müdigkeit und einem sozialen Rückzug. Zusätzlich leide er unter körperlichen Beschwerden, so dass er sich nicht gesund und fit fühle. Seine somatischen Beschwerden beeinflussten die psychische Stimmung ungünstig. Die Lebensfreude und das Interesse am Leben nähmen stark ab. Lic. phil. E.\_\_\_\_ nannte als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), seit 2012. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er keine (S. 1 Ziff. 1).

Aufgrund der depressiven Erkrankung sei der Patient in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Die Einschränkung äussere sich vor allem in der Arbeitsleistung und der Arbeitseffizienz. Über seine Teilzeittätigkeit mit einem Pensum bis 30 % habe er berichtet, dass er oft körperlich und mental überfordert gewesen sei und sehr schnell sein Limit erreicht habe. Er bemerke vor allem bezüglich der Konzentration, der Merkfähigkeit sowie in einer körperlichen Müdigkeit, dass er sehr eingeschränkt sei (S. 1 f. Ziff. 2 a). Wenn er am Morgen aufstehe, fühle er sich immer erschöpft und er sei wegen der Schlafstörung tagsüber müde. Der Patient sei aus psychiatrischer Sicht bis auf Weiteres mindestens zu 70 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 2 a). Einer behinderungsangepassten leichten Tätigkeit könne er ab sofort mit einer Restarbeitsfähigkeit von 30 % nachgehen (S. 2 Ziff. 2 b).

Der Beschwerdeführer müsse alle 30 Minuten Pausen einlegen und sich enorm anstrengen, um die geforderte Eigenleistung exakt auszuführen. Aufgrund des Konzentrationsmangels verwechsle er bei der Arbeit oft Strassen und mache Fehler beim Finden der Route. Die Ausdauer bei der Arbeit sei eingeschränkt (S. 2 Ziff. 3). Das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 7. September 2016 sei zwar vollständig. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Patienten durch die Gutachter sei aber falsch beziehungsweise fehlerhaft. Oberflächlich sei vor allem, dass die depressive Störung als Dysthymia als Folgediagnose einer Anpassungsstörung nach einem Trauma bezeichnet worden sei. Es sei eine bewusste Strategie des Gutachters, die aktuellen depressiven Beschwerden des Patienten als Symptome einer Dysthymia zu definieren. Dies, um sein Leiden zu verharmlosen beziehungsweise seine Leistungsfähigkeit als nicht eingeschränkt einzustufen. Ebenso seien die mentalen Einschränkungen, wie Konzentrationsmangel, mangelnde Merkfähigkeit und eine eingeschränkte Ausdauer, vom Gutachter nicht richtig beurteilt und eingeschätzt worden (S. 2 Ziff. 4). Dass der Gutachter den Patienten mit alexitymen Anteilen beschrieben habe, sei eine totale Fehleinschätzung. Der Patient sei in der Lage, seine Gefühle zu benennen und zu beschreiben. Er könne seine Gefühle tagtäglich gut wahrnehmen und ausdrücken. Er, Lic. phil. E.\_\_\_\_, sei der Ansicht, dass der Gutachter das Gutachten so verfasst habe, dass der Patient kein Anrecht auf eine Rente habe (S. 3). 4.10

Prof. L.\_\_\_\_ nahm am 29. Mai 2017 (Urk. 7/113) Stellung zum Einwand der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers vom 14. Februar 2017. Die Beschwerdegegnerin stellte dem Gutachter die Frage, ob der Beschwerdeführer im angestammten Beruf als Taxifahrer bleibend arbeitsunfähig sei. Der Gutachter antwortete darauf, die psychiatrischen Störungen würden für sich genommen als mit dem Beruf des Taxifahrers vereinbar angesehen. Es sei den Gutachtern aber nicht möglich, abschliessend zur Fahrtauglichkeit des Exploranden Stellung zu nehmen. Dies bleibe einer speziellen verkehrsmedizinischen Untersuchung vorbehalten. Aufgrund der ungünstigen interferierenden und sich dadurch verstärkenden Auswirkungen der endokrinologischen

Probleme mit den psychiatrischen Störungsbildern werde der Beschwerdeführer jedoch als zu 70 % arbeitsfähig beurteilt, wie im Gutachten vom 7. September 2016 dargelegt (S. 1 Ziff. 1).

In einer adaptierten Tätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Hinzu kämen qualitative Einschränkungen, da der Explorand vermehrte Pausen und Erholungszeiten sowie regelmässige Einsatzzeiten benötige. Spät- oder Nachtschichten sollte er nicht leisten (S. 2 Ziff. 2).

Die Gutachter stimmten mit der vom behandelnden Psychologen attestierten Restarbeitsfähigkeit von 30 % nicht überein. Es werde von einer kontinuierlich anhaltenden neurotischen Depression ausgegangen, welche die Schwere einer depressiven Störung nach den Kriterien gemäss ICD-10 nicht erreiche. Aufgrund des interaktionellen Verhaltens des Exploranden in der Untersuchung, das sich ausgesprochen lebhaft, aufmerksam und strukturiert dargestellt habe, und aufgrund der ausgewiesenen Alltagsaktivitäten werde eine depressive Episode nach ICD-10 ausgeschlossen (S. 2 Ziff. 3). Aus Sicht der Gutachter der Z. \_\_\_ handle sich bei der Einschätzung im Bericht von lic. phil. E. \_\_\_ um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes und eine abweichende Diagnose, die aus fachpsychiatrischer Sicht nicht geteilt werden könne (S. 3). 4.11

Prof. L. \_\_\_ gab in einer weiteren Stellungnahme vom 11. September 2017 (Urk. 7/121) an, gemäss ICD-10 F34.1 handle es sich bei der Dysthymia um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre dauernde depressive Verstimmung, die J. \_\_\_ schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug sei, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Insofern könne die Dysthymie als eine depressive Störung in Form einer depressiven Verstimmung von geringerer Schwere angesehen werden. Bei der Begutachtung in der Z. \_\_\_ seien die Kriterien dieser Diagnose als erfüllt angesehen worden (S. 1). 4.12

Lic. phil. E. \_\_\_ führte im Bericht vom 6. Oktober 2017 (Urk. 7/125; visiert von Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) aus, er stimme nicht mit der von den Gutachtern der Z. \_\_\_ gestellten Diagnose überein. Die Diagnose einer Dysthymia als Folgediagnose einer Anpassungsstörung nach dem Trauma durch Überfall im Dezember 1998 sei deplatziert. Es handle sich um gemischte Diagnosen, die nichts miteinander zu tun hätten. Eine Dysthymia könne nicht als Folge einer Anpassungsstörung entstehen. Gemäss ICD-10 F43.1 handle es sich um eine depressive Persönlichkeitsstörung, die auch als neurotische Depression beschrieben werde. Als Folge eines Traumas könne dagegen eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine posttraumatische Verbitterungsstörung (ICD-10 F43.8) auftreten. Weiter könne sich auch eine somatoforme Schmerzstörung mit depressiven Symptomen bilden (oben).

Es lägen klarerweise Symptome vor, die die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.1) erfüllten. Der Patient leide an einer mittelschweren depressiven Stimmungslage, dem Verlust von Interessen und von Freude am Leben, an einem verminderten Antrieb, einem verminderten Denk- und Konzentrationsvermögen, an einem verminderten Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Schuldgefühlen, an einem Gefühl von Wertlosigkeit und einer psychomotorischen Agitiertheit oder Hemmung. Weiter bestünden negative Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen jeder Art, ein Morgenstimmungstief, ein Gefühl der Kraftlosigkeit (Störung der Vitalität) und ein deutlicher Verlust der Libido. Ausserdem leide der Patient unter einem Tinnitus, was zu

einer Kommunikationsstörung im zwischenmenschlichen Bereich führe. Dies vermindere sein Selbstwertgefühl und beeinflusse seinen Affekt negativ. Die festgestellten Symptome beeinträchtigten erheblich das Leistungsvermögen des Patienten. Er sei nur in der Lage, weniger als drei Stunden am Tag eine leichte Tätigkeit auszuüben (unten). 4.13

Lic. phil. E. \_\_\_ führte in einem weiteren Bericht vom 27. März 2018 (Urk. 10/2) aus, der Patient komme seit dem 28. Februar 2014 regelmässig in die psychotherapeutischen Sitzungen. Die Mutter des Patienten habe am 23. November 2017 Suizid begangen. Der Patient sei durch den Tod der Mutter vermehrt in eine depressive Stimmungslage geraten. Weiter seien im Februar 2018 innerhalb von zehn Tagen zwei Taxifahrer gestorben, mit denen er befreundet gewesen sei und die zirka im gleichen Alter gewesen seien. Der Patient leide immer noch massiv unter den depressiven Symptomen wie Antriebslosigkeit, innerer Unruhe, Stimmungsschwankungen, einem Konzentrationsmangel, körperlicher Müdigkeit und einem ängstlichen Zustand (S. 1). Das Selbstvertrauen sei massiv reduziert und er habe keinen Mut mehr, etwas zu unternehmen. Neu sei, dass es ihm, wenn er sich nach vorne beuge, extrem schwindlig werde und er sein Gleichgewicht verliere (S. 2 oben).

Lic. phil. E. \_\_\_ stellte die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, mittelgradig bis schwer mit somatischen Beschwerden (ICD-10 F33.1; S. 2 Mitte). Aufgrund der aktuellen Beschwerden sei die Arbeitsfähigkeit des Patienten massiv eingeschränkt. Er sei zu 100 % arbeitsunfähig und könne keine Tätigkeit ausüben (S. 2 unten). 5. 5.1

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). 5.2

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).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte 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 rentenbegünstigenden 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 beweisbelastete 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) 5.3

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 Aktivitätenniveaus 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\_604/2 017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 6.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.1**

Der Beschwerdeführer wurde im Dezember 1998 als Taxifahrer von Fahrgästen und Personen vor Ort zusammengeschlagen. Die daraus resultierenden körperlichen Verletzungen waren nach relativ kurzer Zeit wieder abgeheilt. Zirka ab 2007/2008 wurden bei ihm neue somatische Erkrankungen festgestellt, die bei Prüfung eines Leistungsanspruches im Jahr 2000 noch nicht vorgelegen hatten (vgl. E. 4.5.1 und die im Bericht der Ärzte der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital N.\_\_\_\_, vom 12. November 2013 aufgeführten Diagnosen, Urk. 7/44/5-7).

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ nannten im Gutachten vom 5. Juni 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach dem Überfall vom 20. Dezember 1998 und einen partiellen Hypopituitarismus unklarer Ätiologie. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie unter anderem ein metabolisches Syndrom mit einem Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom, Steatohepatitis, eine normochrome, normozytäre Anämie, ein Vitamin D-Mangel unter Substitution sowie Einschränkungen am Bewegungsapparat. Nachdem die psychiatrische Begutachtung durch Dr. H.\_\_\_\_ abgebrochen werden musste, war den Gutachtern eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht möglich. Sie stellten jedoch fest, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als selbständiger Taxifahrer nicht mehr zugemutet werden könne (vorstehend E. 4.5.4).

Die zweite psychiatrische Begutachtung im Z.\_\_\_\_ erfolgte durch Prof. L.\_\_\_\_. Dieser konnte die von Dr. H.\_\_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nicht bestätigen. Er nannte als psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Dysthymia als Folgediagnose einer Anpassungsstörung nach Trauma durch Überfall im Dezember 1998, Angst und depressive Störung gemischt, akzentuiert vor dem Hintergrund der bestehenden somatischen Erkrankungen, und akzentuierte

Persönlichkeitszüge mit narzisstischen, alexithymen und fraglich paranoiden Anteilen. Im Zweitgutachten vom 7. September 2016 kamen die Gutachter unter Berücksichtigung der somatischen Erkrankungen zur Einschätzung einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70 %. Diese gelte für die angestammte Tätigkeit als Taxifahrer und für eine Verweistätigkeit (E. 4.7.5).

Abweichend dazu diagnostizierte lic. phil. E. \_\_\_ bereits im Bericht vom 11. Mai 2015 eine mittelgradige depressive Episode, die seit 2012 bestehe. Für die Tätigkeit als Taxifahrer attestierte er seit dem 1. Januar 2014 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von zwei bis drei Stunden pro Tag (vorstehend E. 4.4). Im Bericht vom 26. Januar 2017 attestierte er für eine angepasste Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % (E. 4.9). Im Bericht vom 27. März 2018 stellte lic. phil. E. \_\_\_ schliesslich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, mittelgradig bis schwer mit somatischen Beschwerden, und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vorstehend E. 4.13).

## **E. 6.2**

Gutachter Prof. L. \_\_\_ ist insofern auf die abweichende Beurteilung durch den behandelnden Psychologen eingegangen, als er ausführlich darlegte, dass die Kriterien für eine depressive Störung nach ICD-10, wie von lic. phil. E. \_\_\_ diagnostiziert, nicht erfüllt seien. Nach Einschätzung des Gutachters sind die Beschwerden stattdessen als Dysthymia zu interpretieren, die sich aus einer Anpassungsstörung heraus nach dem Überfall vom Dezember 1998 entwickelt hat. Weiter legte er dar, dass auch die Voraussetzungen für eine in den Vorakten diskutierte posttraumatische Belastungsstörung beziehungsweise eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung nicht erfüllt seien (vorstehend E. 4.7.3). Prof. Dr. L. \_\_\_ nahm sodann am 29. Mai und am 11. September 2017 ergänzend Stellung zur Einschätzung durch lic. phil. E. \_\_\_ (E. 4.10 und 4.11). Zumindest mit diesen Stellungnahmen liegt eine ausreichende Auseinandersetzung des Gutachters mit den Berichten des behandelnden Psychologen vor. Die Kritik des Beschwerdeführers, wonach eine Diskussion von anderslautenden Berichten fehle (Urk. 1 S. 8 Ziff. 11), geht daher fehl.

Mit dem Zweitgutachten der Z. \_\_\_ vom 7. September 2016 wurde den geklagten Beschwerden ausreichend Rechnung getragen. Das Gutachten beruht sodann auf den erforderlichen polydisziplinären Untersuchungen, wobei auf die fachärztlichen somatischen Untersuchungen im Rahmen der Erstbegutachtung im Z. \_\_\_ weiterhin abgestellt werden kann. Das Zweitgutachten wurde notwendig, nach dem die psychiatrische Begutachtung aufgrund von Wutanfällen des Beschwerdeführers abgebrochen werden musste und er die Begutachtung auch nicht fortführen wollte. Es liegt daher ein sachlicher Grund für die Auswechslung des psychiatrischen Gutachters vor. Prof. L. \_\_\_ konnte gestützt auf die vollständige Untersuchung des Beschwerdeführers die von Dr. H. \_\_\_ gestellte Verdachtsdiagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nicht bestätigen. Ebenso konnte die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Taxifahrer nicht aufrechterhalten werden. Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, dass auf die unvollständige Untersuchung und die darauf basierende Einschätzung durch Dr. H. \_\_\_ nicht abgestellt werden kann. Soweit der Beschwerdeführer sich auf deren Einschätzung berufen möchte (Urk. 1 S. 8 Ziff. 12), kann ihm nicht gefolgt werden.

Die Gutachter der Z. \_\_\_ trugen im Zweitgutachten sodann den Wechselwirkungen zwischen den endokrinologischen Erkrankungen und dem psychiatrischen Störungsbild

nachvollziehbar Rechnung, wobei sie gesamthaft zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % gelangten. Das Zweitgutachten erweist sich somit auch in der Beurteilung der medizinischen Situation und in den Schlussfolgerungen als überzeugend. Das Gutachten erfüllt daher die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens. Auch wenn RAD-Arzt Dr. K. \_\_\_ kein Psychiater ist (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 15), so vermag er als Arzt dennoch den Beweiswert der beiden Gutachten der Z. \_\_\_ zu beurteilen. Auf das Gutachten vom 7. September 2016 kann daher abgestellt werden.

### **E. 6.3**

Lic. phil. E. \_\_\_ äusserte im Bericht vom 26. Januar 2017 die Vermutung, dass der Gutachter des Zweitgutachtens bewusst eine Dysthymia diagnostiziert habe, um das Leiden des Patienten zu verharmlosen und um seine Leistungsfähigkeit als nicht eingeschränkt einzustufen (vorstehend E. 4.9). Die Mutmassungen von lic. phil. E. \_\_\_ vermögen nicht zu überzeugen, erweisen sich als unbegründet und sprechen gegen dessen Einschätzung. Prof. L. \_\_\_ legte ausführlich dar, weshalb er die Diagnose einer Dysthymia als korrekt erachtete. Gegen die Beurteilung durch lic. phil. E. \_\_\_ spricht weiter, dass er kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass bereits Gutachterin Dr. H. \_\_\_ eine depressive Episode nach ICD-10 verneint hatte (vorstehend E. 4.5.2). In diesem Zusammenhang ist zudem auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 253 E. 3b/cc). Dies gilt für einen allgemein praktizierenden Hausarzt wie auch für einen behandelnden Spezialisten (Urteil des Bundesgerichts I 803/05 vom 6. April 2006 E. 5.5). Es ist daher der Beurteilung im zweiten Gutachten der Z. \_\_\_ vom 7. September 2016 zu folgen.

Nachfolgend sind die Standardindikatoren zu prüfen.

### **E. 6.4**

Die diagnoserelevanten Befunde erweisen sich vorliegend als nicht besonders schwer ausgeprägt. So verneinte Prof. L. \_\_\_ etwa eine wahnhafte Verarbeitung des Ereignisses vom Dezember 1998. Die zweite psychiatrische Untersuchung ergab weiter, dass der Beschwerdeführer die Konzentration während der über zwei stündigen Untersuchung gut aufrechterhalten konnte (vorstehend E. 4.7.2).

Der Beschwerdeführer ist seit 2014 bei lic. phil. E. \_\_\_ in therapeutischer Behandlung und er nimmt die verschriebenen Medikamente ein. Er ist der erforderlichen Behandlung daher grundsätzlich nachgekommen. Im Falle eines hohen Leidensdruckes wäre aber eine Erhöhung der Therapiefrequenz zu erwarten. Nach dem Gutachten vom 7. September 2016 fanden die Sitzungen bei lic. phil. E. \_\_\_ zum Zeitpunkt der Begutachtung alle zwei bis drei Wochen statt (E. 4.7.1). Mit den seit 2007/2008 hinzugekommen körperlichen Erkrankungen bestehen massgebliche Komorbiditäten, die mit dem psychiatrischen Störungsbild interferieren. Den Komorbiditäten wurde von den Gutachtern bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen.

Betreffend den Komplex «Persönlichkeit» ist zu erwähnen, dass Prof. L. \_\_\_ die Steuerungsfähigkeit des Beschwerdeführers als erhalten ansah (E. 4.7.3).

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben in Cafés mit Landsleuten trifft. In seiner Familie erscheint er nach wie vor gut integriert zu sein (vorstehend E. 4.7.1). Es bestehen daher Ressourcen, auf die

der Beschwerdeführer bei der Steigerung seiner Arbeitsfähigkeit auf den von den Gutachtern attestierten Umfang zurückgreifen kann. Bezüglich der Konsistenz ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Prof. L. \_\_\_ beispielsweise von sich aus den Entschluss gefasst hatte, wieder als Taxifahrer zu arbeiten (vorstehend E. 4.7.3). Nach Prüfung der Standardindikatoren kann auf die im Gutachten vom 7. September 2016 attestierte Restarbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten und in einer Verweistätigkeit abgestellt werden.

### **E. 6.5**

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Lic. phil. E. \_\_\_ berichtete am 27. März 2018 über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Er diagnostizierte neu eine rezidiierende depressive Störung bei mittelgradig bis schwerer Episode mit somatischen Beschwerden und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Als Grund für die Verschlechterung gab er an, dass die Mutter des Beschwerdeführers Ende November 2017 Suizid begangen habe. Zudem seien Anfang 2018 Kollegen des Beschwerdeführers verstorben (vorstehend E. 4.12). Nachdem die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2017 datiert (Urk. 2) handelt es sich bei den Angaben im Bericht vom 27. März 2018 grundsätzlich um einen neuen Sachverhalt. Der Bericht kann daher im vorliegenden Verfahren nicht berücksichtigt werden. Zu dem ist davon auszugehen, dass die beschriebene Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorübergehender Natur und zudem auf psychosozialen Faktoren zurückzuführen ist. 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 mit Hinweisen). 7.2

Der Einkommensvergleich hat auch bei Selbständigerwerbenden 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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die

spezifische Methode für Nichterwerbstätige (Art. 27 IVV) ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen. Der grundsätzliche Unterschied des ausserordentlichen Bemessungsverfahrens zur spezifischen Methode (seit 1. Januar 2004: gemäss Art. 28 Abs. 2 bis IVG in Verbindung mit Art. 27 bis und 27 IVV) besteht darin, dass die Invalidität nicht unmittelbar nach Massgabe des Betätigungsvergleichs als solchen bemessen wird. Vielmehr ist zunächst anhand des Betätigungsvergleichs die leidensbedingte Behinderung festzustellen; sodann ist aber diese im Hinblick auf ihre erwerbliche Auswirkung besonders zu gewichten. Eine bestimmte Einschränkung im funktionellen Leistungsvermögen einer erwerbstätigen Person kann zwar, muss aber nicht notwendigerweise eine Erwerbseinbusse gleichen Umfangs zur Folge haben. Wollte man bei Erwerbstätigen ausschliesslich auf das Ergebnis des Betätigungsvergleichs abstellen, so wäre der gesetzliche Grundsatz verletzt, wonach bei dieser Kategorie von Versicherten die Invalidität nach Massgabe der Erwerbsunfähigkeit zu bestimmen ist (ausserordentliches Bemessungsverfahren; BGE 128 V 29 f. E. 1; AHI 1998 S. 120 f. E. 1a und S. 252 E. 2b je mit Hinweisen). Die ausserordentliche Bemessungsmethode des erwerblich gewichteten Betätigungsvergleichs unterscheidet sich von der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs Selbstständigerwerbender gerade dadurch, dass bei der Einkommensermittlung nicht auf die LSE abgestellt wird, sondern deren Festsetzung unter Berücksichtigung der einzelfallbezogenen Kriterien (Betriebsgrösse, Branche, Erfahrung des Betriebsinhabers, etc.) zu erfolgen hat (Urteil des Bundesgerichts I 707/06 vom 9. Juli 2007 E. 3.3.1 mit Hinweis). 7.3

Die Beschwerdegegnerin wandte die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs an. Der Beschwerdeführer sprach sich in der Beschwerde dafür aus, dass ein sogenannter Betätigungsvergleich hätte vorgenommen werden müssen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 5). Vorliegend handelt es sich jedoch nicht um einen Betrieb eines Selbstständigerwerbenden mit mehreren zu unterscheidenden Aufgaben. Stattdessen steht im Wesentlichen die Arbeit des Taxifahrens im Vordergrund.

Die Durchführung eines Betätigungsvergleiches erübrigt sich daher.

Für die Bestimmung des Valideneinkommens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall weiterhin als Taxifahrer erwerbstätig wäre. Nach der Stellungnahme von Prof. L. \_\_\_ vom 29. Mai 2017 erscheint die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers jedoch nicht restlos geklärt (vorstehend E. 4.10). Im Rahmen des Einkommensvergleichs ist das Invalideneinkommen somit gestützt auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit und nicht anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen. 7.4

Der Beschwerdeführer war zum Zeitpunkt der Verfügung vom 20. April 2000 vollzeitig als selbständiger Taxifahrer tätig. Die Beschwerdegegnerin wies in der Verfügung ein aus der Tätigkeit als Taxifahrer erzieltetes Valideneinkommen von Fr. 52'473.-- aus (Urk. 7/28 S. 2). Gemäss der Tabelle T39 (Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2016) resultiert unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bei Männern seit dem Jahr 2000 bis 2016 (Fr. 52'473.-- : 1856 x 2239) ein Valideneinkommen von Fr. 63'301.--. 7.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen

Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl. 2014, N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 %

nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/bb-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1). 7.6

Gemäss dem Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 7. September 2016 ist dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 70 % zumutbar. Auf diese Weise kann dem Umstand Rechnung getragen werden, dass er gemäss Belastungsprofil keine Spät- oder Nachtschichten verrichten sollte.

Nach den LSE 2014 (Tabelle TA1 b) ist auf dem Niveau vier (ohne Kaderfunktion) von einem durchschnittlichen Monatslohn für Männer von Fr. 5'910.-- auszu gehen. Ein zusätzlicher Abzug vom Tabellenlohn ist nicht gerechtfertigt. Namentlich wurde dem erhöhten Pausenbedarf des Beschwerdeführers bereits bei der Festsetzung des zumutbaren Arbeitspensums von 70 % Rechnung getragen. Bei einer Nominallohnentwicklung von 0.4 % im Jahr 2015 und 0.7 % im Jahr 2016 (Tabelle T1.10 Nominallohnentwicklung, 2011-2016) und einer wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2016 von 41.7 Stunden resultiert für das Jahr 2016 ein Einkommen von 52'325.-- (Fr. 5'910.-- x 12 : 40 x 41.7 x 0.7 x 1.004 x 1.007). Stellt man das Valideneinkommen von Fr. 63'301.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 52'325.-- gegenüber, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 10'976.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 17 % entspricht. 7.7

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verglichen mit Zeitpunkt der Prüfung im Jahr 2000 zwar insofern verschlechtert hat, als in einer Verweistätigkeit neu eine eingeschränkte Restarbeitsfähigkeit von 70 % besteht. Die Verschlechterung wirkt sich bei der Invaliditätsbemessung jedoch nicht massgeblich aus, da bei einem Invaliditätsgrad von 17 % unverändert kein Rentenanspruch besteht.

Der angefochtene Entscheid erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

## **E. 8**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegens sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzusetzen und den unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die Kosten jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- 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 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann Brugger

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