

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00263 vom 17. September 2007**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00263](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00263)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00263 du 17 septembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00263 del 17 settembre 2007

## **Erwägungen**

### **E. 1**

) wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Leistungsbegehren unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von 0 % ab.

#### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015

E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und

E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage,

ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung 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 Aufgabebereich 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). 1. 6

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

### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Verfügung vom 13. Februar 2018 (Urk. 2) damit, dass dem Beschwerdeführer gemäss beweiswertiger gutachterlicher Einschätzung die Verrichtung von Hilfsarbeitertätigkeiten zu 100 % zumutbar sei. Für die angestammte

Tätigkeit als Servicemitarbeiter sei zwar eine 20%ige Einschränkung erkennbar, es entstehe jedoch keine Erwerbseinbusse. Entsprechend sei keine Invalidität ausgewiesen und es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 1 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber (Urk. 1) auf den Standpunkt, die gutachterliche Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_, welche r für eine angepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiere, stehe betreffend die erhobenen Diagnosen sowie die Auswirkungen der gesundheitlichen Probleme auf die Arbeitsfähigkeit in grossem Gegensatz zu den übrigen ärztlichen Feststellungen. Dr. A.\_\_\_\_ verneine insbesondere das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und einer Depression auf ungenügende Weise, weshalb das entsprechende Gutachten nicht den vom Bundesgericht aufgestellten Anforderungen entspreche (S. 11 f. Ziff. 4). Im Weiteren sei bei der Begutachtung kein Dolmetscher beigezogen worden, obwohl sich der Beschwerdeführer hinsichtlich seiner psychischen Befindlichkeit in seiner

türkischen Muttersprache besser ausdrücken könne (Urk. 1 S. 13). Die beim Beschwerdeführer im Jahre 2013/2014 eingetretene gesundheitliche Verschlechterung habe seither immer wieder zu längeren stationären Hospitalisationen geführt, wobei dieser Verlauf von der Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt worden sei. Bereits in den Austrittsberichten der Y.\_\_\_\_ seien jeweils schwere posttraumatische Befunde festgestellt worden, so dass diese nicht erst durch Dr. B.\_\_\_\_ erhoben worden seien. Entsprechend könne das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ nicht als massgebend gelten und es sei auf die übereinstimmenden Beurteilungen der Klinikärzte und Dr. B.\_\_\_\_ abzustellen und dem Beschwerdeführer ab 1. August 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen (S. 14). 2.3

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung vom 17. September 2007 (Urk. 11/41) bis zum Zeitpunkt des angefochtenen Entscheids vom 13. Februar 2018 (Urk. 2) in einem rentenbegründenden Ausmass verschlechtert hat. Die Eintretensfrage bildet nicht Streitgegenstand, da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 10. Februar 2014 (Urk. 11/55) eingetreten ist. 3.

### 3.1

Die leistungsverneinende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. September 2007 (Urk. 11/41) beruhte auf der Einschätzung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. Juni 2017 (Urk. 11/40 S. 5), welcher seinerseits im Wesentlichen auf die Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH

für

Allgemeinmedizin, vom 21. April

und 7. September 2006 (Urk. 11/9/5-6, Urk. 11/16/3) sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Mai 2007 (Urk. 11/24, Urk. 11/40 S. 2 ff.) abstellte.

### 3.2

#### 3.2.1

Dr. D.\_\_\_\_, der Hausarzt des Beschwerdeführers, führte in seinem Bericht vom 21. April 2006 (Urk. 11/9/5-6) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1): - HWS-Distorsion/HWS-Beschleunigungstrauma nach Auffahrkollision am

27.03.04 mit - chronischem cervikocephalem Schmerzsyndrom rechts mehr als links - depressiver Entwicklung - PTBS

Der Hausarzt hielt fest, dass beim Beschwerdeführer zwei grosse Problemkreise bestünden. Erstens sei der Beschwerdeführer als kurdischer Flüchtling mit verschiedenen grausamen Kriegserlebnissen konfrontiert worden, was zu einer PTBS geführt habe, welche diverse, äusserst schwerwiegende Konsequenzen für sein Leben habe. Es komme immer wieder zu schweren depressiven Episoden und der Beschwerdeführer habe Mühe, seine Emotionen adäquat zu kontrollieren. Zweitens sei es im Nachgang zur Auffahrkollision mit einem HWS-Distorsionstrauma zu einem äusserst ungünstigen Verlauf mit einem chronifizierten cervikocephalen Schmerzsyndrom gekommen, welches durch die immer wiederkehrenden depressiven Episoden begünstigt werde. Der Beschwerdeführer leide aktuell an belastungsabhängigen, vor allem rechts seitigen, cervikozephalen Beschwerden, an Dysästhesien und einem Brennen mit Ausstrahlung in beide Arme und in den Kopf, an ausgeprägten Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und an rascher Ermüdbarkeit. Bei der Untersuchung zeige sich eine HWS in Streckhaltung mit allseits eingeschränkter Beweglichkeit (mehr rechts als links), neurologische Ausfälle lägen keine vor (S. 2).

Aktuell bestehe beim Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in seinen bisher ausgeübten Berufen (Hilfsarbeiter, Baustelle, Lüftungsmonteur). Bei einer weniger belastenden Arbeit sei hingegen eine Restarbeitsfähigkeit (bei spielsweise in Berufen mit Kontakt zu Menschen [Service, Verkauf]) durchaus denkbar (S. 2). 3.2.2

In seinem Bericht vom 7. September 2006 (Urk. 11/16/3) wies der Hausarzt auf die unveränderten Beschwerden des Beschwerdeführers hin. Letzterer habe begonnen, im Geschäft des Schwagers für Lüftungsinstallationen etwas mitzuhelfen. Dabei handle es sich um einfache handwerkliche Verrichtungen, wobei der Beschwerdeführer zwischenzeitlich ein bis zwei Stunden pro Tag leichte Arbeiten ausführen könne. Wenn der Beschwerdeführer zu viel gemacht habe, so seien die Beschwerden wieder stärker und er benötige jeweils einige Tage Ruhezeit.

Insgesamt bestehe bei der doch etwas verbesserten Situation nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Da es dem Beschwerdeführer von psychischer Seite besser gehe und somit die Motivation grösser sei, könne eventuell mittelfristig mit einer gewissen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. 3.3

Dr. E. \_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 23. Mai 2007 (Urk. 11/24) folgende Diagnosen (S. 5): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0); Differentialdiagnose: leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) - Status nach HWS - Distorsionstrauma am 27.03.2004 mit diversen Verletzungen

Dr. E. \_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer wirke im Gespräch stimmungsmässig leicht gradig bedrückt und sei in seinen Äusserungen gelegentlich aggressiv, jedoch nie ausfällig. Der affektive Rapport sei mässig herstellbar, bei knapp genügender affektiver Modulationsfähigkeit. Das formale Denken sei nur gering gradig verlangsamt, jedoch logisch kohärent, wobei die Schmerzsymptomatik inhaltlich im Vordergrund stehe (S. 4).

Das Gespräch gestalte sich durchaus flüssig, wobei sich zu keiner Zeit depressive Hemmungen gezeigt hätten. Die leichten psychischen Symptome seien am ehesten mit einer Somatisierungsstörung zu vereinbaren, wobei auch die persistierende körperliche Symptomatik dazu passen würde. Trotz diverser therapeutischer Interventionen im

ambulanten und stationären Bereich habe sich insbesondere die körperliche Symptomatik nicht sonderlich geäußert. Differentialdiagnostisch sei eine leichte depressive Episode denkbar, wobei für diese Diagnose allerdings die Lust- und Energielosigkeit, der Verlust der Hoffnung sowie eine depressive Hemmung fehlten (S. 6).

Dr. E.\_\_\_\_ hielt schliesslich fest, dass der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht für körperlich leichte sowie geistig und seelisch nicht allzu komplexe Tätigkeiten arbeitsfähig sei (S. 6). 4.

#### **E. 4**

Einwand (Urk. 11/63 ) und informierte die IV-Stelle am 26. Juli 2014 über den am 22. Juli 2014 in die Klinik der

Y.\_\_\_\_

AG erfolgte der Eintritt (Urk. 11/66). In der Folge holte die IV-Stelle weitere medizinische Berichte ein und wies am 30. März 2015 das Leistungsbegehren ab ,

da die beiden letzten stationären Behandlungen des Versicherten nicht zur geforderten Totalabstinenz von allen Substanzen geführt hätten und zudem auch keine fachärztlich-psychiatrischen Gründe für eine allfällige Unzumutbarkeit der auferlegten Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht vorlägen (Urk. 11/82 S. 2).

Mit Verfügung vom 6. Mai 2015 (Urk. 11/85) hob die IV-Stelle unter Verweis auf ein Schreiben der Y.\_\_\_\_ vom 29. April 2015 (Urk. 11/83) die Verfügung vom 30. März 2015 (Urk. 11/82) wiedererwägungsweise auf und führte weitere medizinische Abklärungen durch, wobei sie insbesondere eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Psychiatrie und Psychotherapie) bei der Z.\_\_\_\_ AG veranlasste (Expertise vom 14. September 2016, Urk. 11/122/1-7)

#### **E. 4.1**

Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2018 (Urk. 2) präsentierte sich die medizinische Sachlage wie folgt:

#### **E. 4.2**

Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. G.\_\_\_\_ , Neurologie FMH, Dr. med. H.\_\_\_\_ , Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med. I.\_\_\_\_ , Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_

gingen im Rahmen der zusammenfassenden Konsensbeurteilung vom 14. September 2016 (Urk. 11/122/1-76 S. 62 ff.) mit er gänzender Stellungnahme vom 29. November 2016 (Urk. 11/126) von folgenden Diagnosen aus (S. 69 f . ):

- mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - keine - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Polytoxikomanie mit Konsum von Kokain, Cannabinoiden , Alkohol sowie Beikonsum von Stimulanzien und Halluzinogenen (ICD-10 F19.2) - mögliche PTBS unklarer Ausprägung (ICD-10 F43.1)

Die Gutachter hielten fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der zuletzt ausgeübten sowie in je gleicher vergleichbaren oder einer anderen Tätigkeit des allgemeinen

Arbeitsmarkts nicht als von einer instabil abstinenten Sucht hin reichend abgrenzbaren Gesundheitsstörung gemindert anzusehen sei. Die derzeit angelaufene stationäre Behandlung sei in ihrem Ergebnis abzuwarten und eine zunächst für den Verlauf von weiteren sechs Monaten engmaschige Abstinenz-Kontrolle durchzuführen. Eine nochmalige psychiatrische Begutachtung sei in zirka sechs Monaten sinnvoll (S. 62).

Die Erwägung einer Sucht im Rahmen einer zugrundeliegenden PTBS (oder auch einer Persönlichkeitsstörung) sei aus Sicht der Gutachter grundsätzlich möglich, überwiegend wahrscheinliche Gründe hierfür seien jedoch kaum zu belegen, zu mal für nahezu alle Suchterkrankungen auch eine externalisierende Alibisierung wesentlich sei. Immerhin sei der Beschwerdeführer jahrelang arbeitstätig und zu letzt auch selbständig tätig gewesen, sodass eine schwerwiegende chronische Depressivität oder eine namhafte, beeinträchtigende PTBS mit gravierendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht durchgehend bestehen können (S. 63).

Die

Z.\_\_\_\_-Gutachter wiesen sodann darauf hin, dass die

angegebenen Unfälle des Beschwerdeführers ohne eine belegte gravierende strukturelle Verletzung eingetreten seien und somit für eine plausible Begründung einer anhaltenden Gesundheitsstörung und konsekutiver Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig ausreichen. Es sei weder eine zervikale strukturelle noch eine namhafte zerebrale Verletzung aktenkundig belegt (S. 63). 4. 3

Dr. A.\_\_\_\_ ging in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 11. Juli 2017 (Urk. 11/145/1-47) von folgenden Diagnosen aus (S. 42): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) mit - dissozialen, somatoformen, narzisstischen, impulsiven und histrionischen Anteilen - gegenwärtigem Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabinoiden und Kokain bei multiplem Substanzgebrauch (Alkohol, Tabak, Cannabinoiden, Kokain, Amphetamine, Ecstasy, Thai-Pillen, Tabak; ICD-10 F19) - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4/F33.4) - Verdacht auf PTBS (ICD-

## E. 6

). Am 29. November 2016 beantworteten die Z.\_\_\_\_-Gutachter die von der IV-Stelle am 5. Oktober 2016 gestellten Rückfragen (Urk. 11/124, Urk. 11/126). Im Mai 2017 veranlasste die IV-Stelle eine monodisziplinäre Begutachtung durch Dr. med. A.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 11. Juli 2017, Urk. 11/145/1-47). Mit Vorbescheid vom 14. August 2017 (Urk. 11/147) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte am 13. September 2017 Einwand (Urk. 11/150, Urk. 11/154) erhob und den Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. September 2017 (Urk. 11/153) vorlegte. Am 7. November 2017 beantwortete Dr. A.\_\_\_\_ die ihm von der IV-Stelle am

31.

Oktober 2017 gestellten Rückfragen (Urk. 11/157/1, Urk. 11/158), wozu der Versicherte am 22. Januar 2018 Stellung nahm (Urk. 11/165). Mit Verfügung vom 13. Februar 2018 (Urk. 2) verneinte die IV-Stelle unter Hinweis auf eine fehlende Erwerbseinbuße den Anspruch auf eine Invalidenrente. 2.

Dagegen erhob der Versicherte unter Beilage des Y.\_\_\_\_ - Berichts vom 23. Januar 2018 (Urk. 3/4) am 15. März 2018 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 13. Februar 2018 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm ab 1. August 2014 eine ganze Invalidenrente auszurichten. In prozessualer Hinsicht stellte er das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2018 (Urk. 10) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8. Mai 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 6.1**

Mit BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis insofern, als es erkannte, dass die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung findet. Die aus ärztlicher Sicht aus psychiatrischen Gründen bescheinigte 80%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit respektive 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ist daher anhand der Indikatoren zu überprüfen (BGE 143 V 418 E. 6).

### **E. 6.2**

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz

- Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen 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. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1);

vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. 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 klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

### **E. 6.3**

Mit Bezug auf den funktionellen Schweregrad erweist sich der Komplex Gesundheitsschädigung in psychiatrischer Hinsicht als leichtgradig, da Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ die mit der kombinierten Persönlichkeitsstörung verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde als nicht ausgeprägt qualifizierte und beim Beschwerdeführer von leichten Einschränkungen in den Bereichen Anpassung an Regeln/Routinen, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Gruppen- und Durchhaltefähigkeit ausging (Urk. 11/145/1-47 S. 38 f.).

Was den Alkoholkonsum angeht, so ist dieser laut Dr. A.\_\_\_\_ als sekundär in Bezug auf die Persönlichkeitsstörung zu werten, indessen ist eine Abstinenz sowohl medizinisch zumutbar als auch möglich und für eine iv-rechtliche Relevanz fehlt es zudem am erforderlichen Schweregrad der Persönlichkeitsstörung als Grunderkrankung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_906/2013 vom 23. Mai 2014 E. 2.2 und 9C\_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2 mit Hinweisen).

Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer in der Zeit zwischen Juli 2014 und Januar 2018

sechs Mal in der Y.\_\_\_\_-Klinik respektive in der Klinik M.\_\_\_\_ stationär behandelt wurde. Eine ambulante psychologische Psychotherapie nahm er seit Januar 20

### **E. 6.4**

Im Lichte der obigen Erwägungen überzeugt unter Berücksichtigung der Standardindikatoren die gutachterliche Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit respektive einer solchen von 100 % in einer angepassten Tätigkeit. 7.

### **E. 7**

Abs. 2 ATSG). 1. 3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 7.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

### **E. 7.2**

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 aus geglichener 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).

### **E. 7.3**

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

Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). 7. 4

Gemäss IK-Auszug vom 2. März 2017 (Urk. 11/134) erzielte der Beschwerdeführer bei Baba S in Winterthur zwischen August 2011 und Juni 2014 ein Valideneinkommen von Fr. 80'620.--, was einem durchschnittlichen Monatseinkommen von Fr. 2'601.-- entspricht. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers vom 10. Februar 2014 erzielte er bei P.\_\_\_\_ GmbH als Servicemitarbeiter einen Monatslohn von Fr. 3'683.-- (Urk. 11/55 S. 4 Ziff. 5.4). Dem Beschwerdeführer ist laut gutachterlicher Feststellung die angestammte

Tätigkeit als Servicemitarbeiter in einem Pensum von 80 % weiterhin zumutbar. Ein Prozentvergleich (E. 7.3) - un abhängig vom zugrunde gelegten Einkommen - ergibt daher einen rentenaus schliessenden Invaliditätsgrad von 20 % . Auch ausgehend von der gutachterlich festgestellten vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ergibt sich kein Rentenanspruch. Denn selbst bei einer Gegenüberstellung eines zugunsten des Be schwerdeführers höchstmöglichen Valideneinkommens als Servicemit - arbeiter ge mäss Tabellenlohn von Fr. 4'035.-- mit dem Invalideneinkommen für eine Hilfs tätigkeit im Dienstleistungssektor von Fr. 4'971.-- (LSE 2014, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenz - niveau und Ge schlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Sektor 3 Dienstleistun gen, Ziff. 45-96, Kompetenzniveau 1, Männer) resultierte keine Erwerbseinbusse.

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 8 .

## **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). 1. 4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den An spruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanel dung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invalidi tätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegrün dende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 8.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streit wert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entspre chend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdefüh rer aufzuerlegen.

### **E. 8.2**

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraus setzungen für die Bewilli gung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeistän dung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115).

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und der Beschwerdeführer bedürftig ist (Urk. 9), ist ihm antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Da zudem die anwaltliche Verbeiständung notwendig ist, ist Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyttenbach, Horgen, als unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zu bestellen und nach Einsicht in die Kostennote vom 28. Mai 2019 (Urk. 14) mit Fr. 2'131.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) aufmerksam gemacht. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 15. März 2018 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyttenbach, Horgen, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt, und 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyttenbach, Horgen,

wird mit Fr. 2'131.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Ursula Reger-Wyttenbach - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

F43.1)

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass als Ausdruck der Persönlichkeitsstörung speziell der langjährige (un-)regelmässige Gebrauch multipler Substanzen zu beachten sei, wobei der Konsum versicherungspsychiatrisch als sekundär einzuordnen sei. Dieser habe sich parallel zu anderen Zeichen der Persönlichkeitsstörung (verminderte Kritik-, Anpassungs- und Durchhaltefähigkeit, Misstrauen, manipulatives Verhalten, geringes Engagement, geringe Motivation) entwickelt. Spezifische therapeutische Massnahmen seien in Form von Entzugstherapien ab 2013 (zumindest teilweise) erfolgreich unternommen worden, wobei die Motivation des Beschwerdeführers zur dauerhaften Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen nur eingeschränkt vorhanden sei. Medizinisch sei die Abstinenz hin- und hergerissen und tatsächlich möglich (S. 27 f.).

Die ICD-10 Kriterien (F32.4/F33.4) einer eigenständigen depressiven Episode seien nicht (mehr) erfüllt und könnten auch nicht (mehr) aufgrund der Angaben in den Akten bestätigt werden. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass und es bestünden auch keine der Symptome in ausreichender Schwere beziehungsweise Dauer. Die in den Akten postulierte depressive Störung sei re-mittiert und könne nicht als eigenständige Störung mit Krankheitswert bestätigt werden. Depressive Symptome seien im Fall des Beschwerdeführers Ausdruck seiner Überforderung aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale (beispielsweise narzisstisches Selbstverständnis, geringe Frustrationstoleranz; S. 28).

Im Weiteren führte Dr. A. \_\_\_ aus, dass der Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1) nicht bestätigt werden könne.

Entsprechende objektive psychopathologische Befunde (beispielsweise andauerndes Gefühl von Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmelosigkeit der Umgebung gegenüber, vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermässige Schreckhaftigkeit) seien nie beschrieben worden und aktuell auch nicht vorhanden. Mit Bezug auf das eine PTBS auslösende belastende

Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmass lägen nur spekulative Informationen aufgrund der Selbstauskünfte des Beschwerdeführers vor und auch in den Akten würden nur Formulierungen ohne konkreten substantiellen Bezug zur tatsächlichen Lebensgeschichte des Beschwerdeführers verwendet. Die in diesem Zusammenhang

vom Beschwerdeführer benannten (subjektiven) Beschwerden könnten nicht hinreichend von den (objektiven) Befunden einer Persönlichkeitsstörung (narzisstische und histrionische Anteile) abgegrenzt werden (S. 28 ff.).

Dr. A. \_\_\_ hielt weiter fest, eine allfällige somatoforme Störung (ICD-10 F45) respektive eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) könne ebenso nicht (mehr) angenommen werden. Das bei einer somatoformen Störung erforderliche Charakteristikum von hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Erlebnisse und ärztlicher Versicherung, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien, liege beim Beschwerdeführer nicht vor. Das Schmerzsyndrom stehe sodann weder subjektiv noch objektiv im Zentrum der Beschwerden und die körperlichen Missempfindungen würden vom Beschwerdeführer regelmässig bewältigt. Im Weiteren seien Hinweise auf dauerhafte quälende Schmerzen und/oder schmerzbedingte

Beeinträchtigungen der Bewegung in der aktuellen Untersuchung nicht vorhanden und seien in den Akten auch nicht beschrieben worden. Die diesbezüglich vom Beschwerdeführer benannten (subjektiven) Beschwerden seien nicht hinreichend von den (objektiven) Befunden einer Persönlichkeitsstörung (somatoforme Anteile) abgrenzbar (S. 30 f.).

Die Gesundheitsschädigung des Beschwerdeführers erscheine konkret als eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), wobei die damit verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gegenwärtig nicht ausgeprägt seien. Beim Beschwerdeführer stünden leichte Einschränkungen in den Bereichen Anpassung an Regeln/Routinen, Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit inklusive Konfliktlösungskompetenz und Durchhaltefähigkeit im Vordergrund, wobei eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser Defizite aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar und tatsächlich möglich sei (S. 31).

Von dieser Einschätzung könne medizinisch-theoretisch ab Jugendzeit respektive Einreise in der Schweiz im Jahr 1995 ausgegangen werden. Die als Folge eines Auffahrunfalls zwischen 2004 und 2007 aufgetretene Somatisierungsstörung sei remittiert. Zur aktuellen Dekompensation in Form von Suchtverhalten mit anschliessendem depressivem Syndrom sei es im September 2013 gekommen, allerdings in einem nicht kritisch differenziert nachvollziehbaren Ausmass während eines unklaren Zeitraums. Gegenwärtig sei eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands festzustellen, da das depressive Syndrom remittiert sei, sich das Suchtverhalten verbessert habe und eine subjektiv erlebte verminderte Belastbarkeit im Vordergrund des klinischen Bilds stehe (S. 32).

Dr. A.\_\_\_\_ hielt weiter fest, dass die Persönlichkeitsstörung des Beschwerdeführers nicht mit einer mittelschweren oder schweren psychischen Störung gleichzusetzen sei, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien der Kategorie vor allem durch seine erschwerte berufliche (Re-)Integration unter anderem aufgrund interaktioneller Defizite mit nachfolgenden depressiven Syndromen, Suchtverhalten und vermindert erlebter Belastbarkeit (S. 32).

Beim Beschwerdeführer stehe

zudem eine Verdeutlichungstendenz im Vordergrund, wobei eine erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der emotionalen und körperlichen Beschwerden einerseits und dem beobachtbaren Verhalten und objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits festzustellen sei (S. 34).

Im Weiteren hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, dass eine wie beim Beschwerdeführer vorliegende maximal leicht ausgeprägte Persönlichkeitsstörung einen relevanten (krankheitsbedingten) Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit von 20 % Minderung (von 100 %) auf dem 1. Arbeitsmarkt habe. Für angepasste Tätigkeiten (Toleranz betreffend die interaktionellen Defizite) und für Tätigkeiten im Haushalt könne aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Die (gemäss beruflichem Werdegang bekannte) tatsächliche Leistungsfähigkeit von über 80 % (von 100 %) erkläre sich deshalb auch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch eine entsprechende Anpassung (und Toleranz) des Arbeitsumfelds. Von dieser Einschätzung könne medizinisch-theoretisch ab Jugendzeit respektive Einreise in die Schweiz im Jahre 1995 ausgegangen werden. Eine Arbeitsunfähigkeit könne aus formalen

Gründen während der vier vollstationären Hospitalisationen des Beschwerdeführers bestätigt werden (S. 34). 4. 4

In seinem Bericht vom 25. September 2017 (Urk. 11/153/1-24) führte Dr. B.\_\_\_\_, der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, folgende Diagnosen auf (S. 23) : - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronische schwere PTBS (ICD-10 F43.1) - gemischte dissoziative Störung (ICD-10 F44.7) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - sekundäre Krankheiten: - Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabinoide und Kokain (ICD-10 F19)

Aufgrund der Resultate von mehreren beim Beschwerdeführer durchgeführten psychologischen Tests (Beck-Depressions-Inventar, SKID-II für DSM IV, PTSS 10, Impact- of -Event- Scale ) ging der behandelnde Psychiater von einer schweren depressiven Störung, einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, zwanghaften, depressiven, paranoiden,

schizoiden, emotional instabilen und antisozialen Anteilen, einem klinisch signifikanten Trauma sowie von einer schweren PTBS aus (S. 7, S. 18, S. 20, S. 23) .

Dr. B.\_\_\_\_

wies sodann darauf hin, dass die Suchtleiden als Gefühlsregulation respektive Bewältigung der Traumatisierungen zu betrachten seien (S. 24).

Aufgrund der vorliegenden Symptome (depressive Stimmungslage, Antriebsminderung und gesteigerte Ermüdbarkeit, vermindertes Denk-/Konzentrationsvermögen, vermindertes Selbstvertrauen/Selbstwertgefühl, Wertlosigkeitsgefühl, psychomotorische Hemmung, negative Zukunftsperspektiven, Ein-/Durchschlafstörungen, Früherwachen, Morgenstimmungstief, gehemmte Psychomotorik, Libidoverlust, Leibgefühlsstörungen, Gefühl der Kraftlosigkeit, Flashback, Vermeidungsverhalten, gemischte dissoziative Störungen, unterschiedliche Schmerzen) wirkten sich die Gesundheitsstörungen des Beschwerdeführers

erheblich negativ auf dessen Leistungsvermögen im Erwerbsleben aus. Dabei liegt die Arbeitsunfähigkeit bei 100 %, wobei der Beschwerdeführer auch nicht in der Lage sei, eine leichte Tätigkeit auszuüben (S. 24). 4. 5

Am 7. November 2017 nahm der psychiatrische Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ Stellung zu den von der Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 31. Oktober 2017 (Urk. 11/157/1) gestellten Fragen. Dabei wies er darauf hin, dass der Beschwerdeführer im Rahmen eines Telefongesprächs mit einem Praxismitarbeiter am 21. Juni 2017 das Angebot für einen Dolmetscher eindeutig abgelehnt habe. Diese Ablehnung habe der Beschwerdeführer zu Beginn und im Verlauf der psychiatrischen Exploration am 3. Juli 2017 nochmals ausdrücklich und mehrfach bestätigt. Die deutsche Sprachkompetenz des Beschwerdeführers sei zum Zweck der Untersuchung zudem auch objektiv ausreichend gewesen, weshalb ein ungestörtes Gespräch geführt worden sei und differenzierte Angaben zur Vorgeschichte, den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden hätten erhoben werden können (Urk. 11/158 S. 2) .

Im Zusammenhang mit dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. September 2017 (Urk. 11/153/1-24) führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, es bleibe bezüglich des Psychostatus unklar, von

welchem Zeitpunkt oder aus welchem Zeitraum die genannten Symptome stammten; ob sie alle als regelmässig gleichzeitig auftretend postuliert worden seien und ob insbesondere die für eine PTBS typischen Symptome (Flash backs, Vermeidungsverhalten, Dissoziation) tatsächlich beobachtet oder aus den Akten übernommen respektive vom Beschwerdeführer genannt worden seien. Im Weiteren würden subjektive Beschwerden (Schlafstörungen, Früherwachen, Appetitlosigkeit, Morgenstimmungstief, Libidoverlust, Gefühl der Kraftlosigkeit, Schmerzen, Alpträume) und objektive Beschwerden nicht differenziert, sondern lediglich summarisch aufgeführt (S. 3).

Des Weiteren habe Dr. B. \_\_\_ die von ihm gestellten Diagnosen weder mit noch ohne Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben oder diskutiert. Die im Bericht zur Verfügung gestellten Informationen seien unklar und nicht hinreichend, um die formulierten Diagnosen aus fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht kritisch differenziert nachvollziehen zu können. Dr. B. \_\_\_ habe d er im Gutachten vom 11. Juli 2017 festgestellten ICD-10-Kategorie F61.0 und de m Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabinoiden und Kokain zugestimmt und die Einordnung diese s Konsums ebenfalls als sekundär bestätigt. Die von der Exper tise abweichenden Einschätzungen ( namentlich Diagnosen und Arbeitsfähigkeit) seien als persönliche Meinung der Fachperson zur Kenntnis zu nehmen, könnten aber aufgrund des Berichts nicht nachvollzogen und bestätigt werden (S. 3 f.). 4. 6

Am 23. Januar 2018 berichteten Dr. med. K. \_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie , und M. S c . L. \_\_\_ , Y. \_\_\_ , über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 14. Dezember 2017 bis 4. Januar 2018, wobei sie folgende Diagnosen nannten (Urk. 3/4 S. 1): - komplexe PTBS (ICD-10 F43.1) - emotional instabile Persönlichkeitsstörung: impulsiver Typ (ICD-10 F60.30) - Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.24) - psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: schädlicher Gebrauch, in geschütztem Rahmen abstinenter (ICD-10 F14.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, in ängstlich agitierter Ausformung (ICD-10 F33.1) - Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung (ICD-10 F60.5) - mehrfache ängstigende Erlebnisse in der Kindheit (ICD-10 Z61.7) - Betroffensein von Krieg und sonstigen Feindseligkeiten in der Kindheit und Jugend (ICD-10 Z65.5) - Status nach Polytoxikomanie , vor allem Kokain, Thai-Pillen und Amphetamine

Die Y. \_\_\_ -Fachpersonen hielten fest, dass der Beschwerdeführer zu einem dritten Intervall stationär störungsspezifischer und ätiologieorientierter Traumatherapie eingetreten sei , mit dem Ziel der stationären Entzugsbehandlung bei bestehender Alkoholabhängigkeit (S. 4). Neben einer bisher schwer behandelbaren Suchtproblematik vor dem Hintergrund einer komplexen PTBS bestehe eine strukturelle Schwäche im Bereich der Selbststeuerung und Affektregulation , welche sich

als Impulskontrollstörung bislang besonders in interpersonellen Situationen negativ ausgewirkt habe. Der Beschwerdeführer habe im stationären Aufenthalt eine durchgängige Abstinenz im geschützten Rahmen sowie an den Wochenenden gezeigt. In gegenseitiger Absprache sei kein weiteres Therapieintervall geplant und der Beschwerdeführer trete in stabilem psychischen Zustand in die angestammten Verhältnisse nach Hause aus (S. 5 f.). 5.

5.1

Es ist

unbestritten und aufgrund der vorhandenen Akten ausgewiesen, dass in somatischer Hinsicht keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Gesundheitsstörung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt (vgl. E. 4.2 hie vor). Strittig und zu prüfen ist jedoch, ob ein psychischer Gesundheitsschaden besteht, welcher eine rentenbegründende Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach sich zieht.

5.2  
Das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom  
11. Juli 2017 (Urk. 11/145/  
1-47)

mit ergänzender Stellungnahme vom 7. November 2017 (Urk. 11/158) entspricht den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in psychiatrischer Fachrichtung. Der Gutachter berücksichtigte detailliert die geklagten Beschwerden und setzte sich damit auseinander (S. 8 ff.). Die Expertise wurde alsdann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich der Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserte und Bezug auf die medizinischen

Vorakten nahm (S. 2-17). Er setzte sich insbesondere mit abweichenden Diagnosen in Arztberichten auseinander und würdigte diese in nachvollziehbarer Weise (S. 23 ff.). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne ging Dr. A.\_\_\_\_ schlüssig von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit dissozialen, somatoformen, narzisstischen, impulsiven und histrionischen Anteilen sowie Konsum von diversen Suchtmitteln aus (S. 42), wobei in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % respektive in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 100 % vorliegt (S. 46). Die Expertise erfüllt demnach die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a und BGE 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidfindung darauf abzustellen ist.

5.3.1

An dieser Beurteilung vermag der Einwand des Beschwerdeführers, wonach bei der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ kein

Dolmetscher beigezogen worden sei (Urk. 1 S. 13 f.), nichts zu ändern. Dr. A.\_\_\_\_ wies in seinem Gutachten vom 11. Juli 2017 (Urk. 11/145/1-47) auf die kurdische Muttersprache des Beschwerdeführers hin und hielt fest, dass dessen Sprachkompetenz zum Zweck der Exploration objektiv und subjektiv ausreichend sei. Die gesamte Untersuchung sei deshalb sowie auf den ausdrücklichen Wunsch und mit dem Einverständnis des Beschwerdeführers ohne Übersetzungshilfe durchgeführt worden (S. 1 f.; vgl. auch Urk. 11/158 S. 2). In seiner Stellungnahme vom 7. November 2017 (Urk. 11/158)

wies Dr. A.\_\_\_\_

zudem auf die (unbestritten gebliebene) telefonische

Ab lehnung des Beschwerdeführers betreffend das Dolmetscherangebot hin (S. 2).  
Abgesehen davon finden sich auch

in den Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2007 (Urk. 11/24) und der Z.\_\_\_\_ vom  
14. September 2016 (Urk. 11/122/1-76) keine Hinweise auf den Beizug  
eines Dolmetschers .

Vor die sem Hintergrund vermag der Beschwerdeführer aus dem Hinweis , dass die seit  
Januar 2014 stattfindende Psychotherapie stets bei einem türkisch sprechenden  
Psychotherapeuten durchgeführt und er anlässlich der Y.\_\_\_\_ - Hospitalisationen von einem  
türkisch sprechenden Arzt – was im übrigen den Berichten der Y.\_\_\_\_ nicht zu entnehmen  
ist ( Urk. 11/70 S. 3, Urk. 314 S. 2-4) - betreut worden sei (Urk. 1 S. 13), nichts zu seinen  
Gunsten ableiten. 5.3.2

Betreffend das Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach die von Dr. A.\_\_\_\_ gestellten  
Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in gros sem Gegensatz zur  
Beurteilung der behandelnden Ärzte der Y.\_\_\_\_ und der Klinik M.\_\_\_\_ stünden, welche vo n  
einer komplexen und für die Suchtproblematik hauptverantwortliche n PTBS ausgingen  
(Urk. 1 S. 11 ) , is t Folgendes zu bemerken : Die vom Beschwerdeführer in diesem  
Zusammenhang angeführten Arztberichte (Urk. 11/83, Urk. 11/86/4-7, Urk. 11/98,  
Urk. 11/123/1-7, Urk. 11/133/1-4, Urk. 11/15 3 )

wurden von Dr. A.\_\_\_\_ im Rahmen der Begutachtung respektive der Beantwortung der  
Rückfragen am 7. November 2017 berücksich tigt (Urk. 11/145/1-47 S. 2-6, S. 11-17 und  
S. 21-26 , Urk. 11/ 158 S. 2-4), wobei der Gutachter

über mehrere Seiten hinweg

insbesondere

nachvollziehbar darlegte, weshalb sich der Verdacht einer PTBS nicht erhärtet habe und  
auch die Kriterien einer eigenständigen depressiven Episoden nicht (mehr) erfüllt seien  
(Urk. 11/145/1-47 S. 26-30) . Bezüglich des Berichts von Dr. B.\_\_\_\_ vom 25. Sep tember  
2017 (Urk. 11/153) ist zudem darauf hinzuweisen, dass dieser nur gerade 2½ Monate nach  
der gutachterlichen Untersuch ung vom 3. Juli 2017 verfasst wurde und

darin

hauptsächlich

die

Resultate von mehreren vom Beschwerdefüh rer durchgeführten Selbstbeurteilungstest s  
wiedergegeben w e rden (S. 3- 23 ) und somit im Wesentlichen auf die subjektive n  
Angaben des Beschwerdeführers abgestellt wird .

Die von Dr. B.\_\_\_\_ postulierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (S. 24)  
wird zudem nicht (substantiiert ) begründet.

Im Übrigen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte 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). Des  
Weiteren vermag auch der

Y.\_\_\_\_ - Bericht vom 23. Januar 2018 (Urk. 3/4 )

an der gutachterlichen Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ nichts zu ändern.

Die Y.\_\_\_\_ -Fachpersonen nannten im Wesentlichen die bereits aus der 4. Hospitalisation des Beschwerdeführers bekannten Diagnosen (vgl. Urk. 11/123/1), wo bei sie neu bezüglich der rezidivierenden depressiven Episode von einer mittel- statt einer leichtgradigen Episode ausgingen, ohne allerdings die Diagnose mit Befunden herzuleiten. Ferner wiesen

sie im Zusammenhang mit der PTBS in pauschaler Weise auf

Hyperarousal , Angst, Schlafstörungen mit Alpträumen sowie Hypervigilanz hin und legten nicht dar , in welcher Weise und in welchem Umfang der Beschwerdeführer dadurch konkret im Alltag beeinträchtigt sei (S. 3 ). Sie

machten zudem keine Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit, sondern erwähnten lediglich die Notwendigkeit einer Anmeldung zur IV-Rentenprüfung mit dem Ziel einer Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung (S. 5). Die stationäre Behandlung vom 14. Dezember 2017 bis 4. Januar 2018 stellte das dritte Intervall einer stationären ätiologieorientierten und störungsspezifischen Traumatherapie dar, wobei bei Austritt im Januar 2018 in gegenseitiger Absprache mit dem Beschwerdeführer kein weiteres diesbezügliches Therapieintervall geplant war

(S. 1, S. 5).

Bezüglich der im Y.\_\_\_\_ -Bericht gestellten Diagnosen der Z-Kategorie ist alsdann festzuhalten, dass solche Belastungen

– auch wenn sie rechtsprechungsgemäss nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen ( Urteil des Bundesgerichtes 9C\_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1 mit Hinweis auf 9C\_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen ) - als Faktoren den Gesundheitszustand und das Leistungsvermögen eben falls beeinflussen können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 5.3 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.2). Indessen finden sich im Y.\_\_\_\_ -Bericht keine näheren Angaben dazu, inwiefern sich diese Faktoren ressourcenhemmend auswirken würden.

6.

#### **E. 14**

in Anspruch, eine Psychopharmakotherapie fand im Zeitpunkt der Begutachtung im Juli 2017

nicht statt

( Urk. 11/70, Urk. 11/98, Urk. 11/133, Urk. 11/142,

Urk. 3/4) . Dr. A.\_\_\_\_ wies darauf hin, dass die Persönlichkeitsstörung grundsätzlich weiterhin eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung darstelle ( Urk. 11/145/1-47 S. 43). Die seit Jahren wiederholt beanspruchten Behandlungen sprechen für einen mittelgradigen Leidensdruck.

Mit Bezug auf die Wechselwirkungen der Diagnosen hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, dass abgesehen von der kombinierten Persönlichkeitsstörung keine weiteren eigenständigen

( versicherungsmedizinisch relevante n ) Störungen gemäss ICD-10 F be gründet werden könnten ( S. 42).

Was den Komplex «Persönlichkeit» betrifft, so wies Dr. A.\_\_\_\_ darauf hin, dass die Persönlichkeitsstörung im Fall des Beschwerdeführers nicht mit einer mittel schweren oder gar schweren psychiatrischen Störung gleichzusetzen sei, welche die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Der Beschwerdeführer erfülle die Kriterien der Kategorie vor allem durch seine erschwerte berufliche (Re-)Integration unter anderem aufgrund interaktioneller Defizite. Eine soziale Verwahrlosung sei nicht vorhanden, viel mehr sei der soziale Kontext objektiv geordnet und der Beschwerdeführer zeige soziales Interesse, pflege soziale Kontakte, nehme Termine wahr und engagiere sich in der Freiwilligenarbeit. Er beschreibe sodann die tatsächlichen Möglichkeiten, seine Beschwerden mit entsprechendem Aufwand überwinden zu können und es seien persönliche Ressourcen (insbesondere gute Kommunikationsfähigkeit, angepasste soziale Kompetenzen, Haushaltsführung) genannt worden ( S. 32).

Beim sozialen Kontakt ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer zusammen mit seinem Bruder lebt, von welchem er auch finanziell unterstützt wird (S. 8). Den Tag verbringt der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben unterschiedlich. Er trifft sich mit Kollegen in einem Restaurant und trinkt dabei Alkohol. Manchmal schaut er fern, liest Zeitung oder spielt Karten mit Freunden. Selten geht er fischen, wobei ihm für aufwändige Aktivitäten das Geld fehlt. Für das N.\_\_\_\_ fährt er freiwillig unregelmässig das O.\_\_\_\_-Taxi und beteiligt sich ab und zu an kurdischen Demonstrationen. Den Haushalt besorgt er zusammen mit seinem Bruder (S. 11, S. 42).

Im Zusammenhang mit der Kategorie «Konsistenz» ist zu bemerken, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen andererseits vorliegt. Der Beschwerdeführer trifft sich mit Kollegen ausserhalb der Wohnung, nimmt an Demonstrationen teil, engagiert sich in der Freiwilligenarbeit und beteiligt sich an der Haushaltsführung (S. 11, S. 45). Gemäss Dr. A.\_\_\_\_ steht beim Beschwerdeführer so dann eine Verdeutlichungstendenz im Vordergrund und es ist eine erhebliche, nicht krankheitsbedingte Diskrepanz zwischen subjektiver Schilderung der emotionalen (und körperlichen) Beschwerden einerseits, und dem beobachtbaren Verhalten und den objektivierbaren psychopathologischen Befunden andererseits festzustellen (S. 44).

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