

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00290 vom 3. April 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00290](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00290)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00290 du 3 avril 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00290 del 3 aprile 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

meldete sich der Versicherte wieder bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an ( Urk. 7/81 , Urk. 7/84 ). Die IV-Stelle trat auf das neue Gesuch ein und tätigte Abklärungen in beruflich-erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Im Zuge dieser Abklärungen holte sie insbesondere das polydisziplinäre Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 11. April 2013 ein (Urk.

7/114). Mit Verfügung vom 4. September 2013 wies sie das Leistungsbegehren des Versicherten mit der Begründung ab, dass beim festgestellten Invaliditätsgrad von 10 % kein Rentenanspruch bestehe ( Urk. 7/129).

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_ , geboren 1959 in der Türkei , absolvierte nach der Schule keine Berufsausbildung ( Urk. 7/8/1, Urk. 7/8/4). Im Jahr 1991 reiste er aus der Türkei in die Schweiz ein ( Urk. 7/8/1). In der Schweiz war er

in den Jahren 1992 bis 1999 als Fabrikarbeiter und Reiniger tätig, wobei die einzelnen Arbeitsverhältnisse jeweils nur einige Monate bestanden. Dazwischen bezog er Arbeitslosenentschädigung und wurde von der Stadt Zürich in Arbeitsprogrammen eingesetzt ( Urk.

7/1/1, Urk. 7/1/6-8, Urk. 7/16/2, Urk. 7/25/2 , Urk. 7/114/9-10, Urk.

7/114/13 ).

Er meldete sich am 12. April 2001 ( Urk. 7/8) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle wies das

Gesuch um Ausrichtung einer Invalidenrente - nach durchgeführten Abklärungen - mit Verfügung vom 27. Mai 2002 ab ( Urk. 7/39).

In der Folge bezog X.\_\_\_\_ wirtschaftliche Hilfe der Sozialen Dienste der Stadt Zürich und war für einige Stunden pro Monat im Rahmen von Beschäftigungsprogrammen tätig (vgl. Urk. 7/114/10, Urk. 7/136/2).

### **E. 1.2**

Am 15. Dezember 20

### **E. 1.3**

Mit Schreiben vom 20. September 2016 teilte Dr. med. A.\_\_\_\_ , Oberarzt Integrierte Psychiatrie B.\_\_\_\_ der IV-Stelle mit, dass sich der psychische Zustand des Versicherten verschlechtert habe. Er ersuchte die IV-Stelle um eine erneute Prüfung des

Rentenanspruchs des Versicherten ( Urk. 7/133). Die IV-Stelle erhielt vom Beschwerdeführer sodann Bericht e der p sychiatrischen K lini k C.\_\_\_\_ und der B.\_\_\_\_ ( Urk. 7/136). Daraufhin tätigte die IV-Stelle Abklärungen.

Hierbei holte

sie unter anderem den Bericht der Hausärztin des Beschwerdeführers vom 21. Dezember 2016 ( Urk. 7/149) und den Bericht der B.\_\_\_\_

vom 14. November 2016 ein ( Urk. 7/150). Sie gab ferner bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, das Gutachten vom 17. März 2017 in Auftrag ( Urk. 7/159).

Da nach kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 3. April 2017 die Abweisung des Leistungsbegehrens an ( Urk. 7/161). Dagegen liess der Versicherte am 18. Mai 2017 Einwand erheben ( Urk. 7/165). Mit Eingabe vom 14. Juni 2017 liess der Versicherte eine Einwandbegründung sowie die Stellungnahme von Dr. A.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2017 einreichen ( Urk. 7/167). Darauf hin holte die IV-Stelle die Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 7.

August 2017 ein ( Urk. 7/172). Mit seiner Vernehmlassung vom 4. September 2017 ( Urk. 7/176)

liess der Versicherte die Stellungnahme von Dr.

A.\_\_\_\_ vom selben Tag ( Urk. 7/175) einreichen.

Dr.

D.\_\_\_\_ nahm am 23.

November 2017 zum Schreiben von Dr.

A.\_\_\_\_ vom 4. September 2017 Stellung ( Urk. 7/179). Dazu liess sich der Versicherte am 7. Februar 2018 vernehmen ( Urk. 7/183). Nach Prüfung des Einwandes des Versicherten wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 5. März 2018 wie vorbeschieden ab ( Urk. 2).

## **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 21. März 2018 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der Verfügung vom 5. März 2018 sei ihm eine Rente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren ( Urk. 1 S.

2).

Mit Beschwerdeantwort vom 30. April 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde ( Urk. 6, unter Beilage der IV-Akten [ Urk. 7/1-188]), was dem Beschwerdeführer am 2. Mai 2018 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 8).

### **E. 2.1**

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. 2.2.1**

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. 2.3**

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. 2.4.1**

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 Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades 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 anspruchsbegründende 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. 2.4.2**

Gemäss höchst richterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungssprechende Person dieses Ergebnis - vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) - bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

#### **E. 2.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht 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.). 3.

#### **E. 3**

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

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.  
2.

### **E. 3.1.1**

Am Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 11. April 2013 waren die Dres. med. E.\_\_\_\_, FMH für Allgemeine Innere Medizin, SIM zertifizierter medizinischer Gutachter, F.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, G.\_\_\_\_, FMH für Kardiologie, und H.\_\_\_\_, FMH für orthopädische Chirurgie, beteiligt (Urk. 7/114/39). Sie stellten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/114/35): - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Mögliche koronare Herzkrankheit - kardial asymptomatischer Patient - auf tiefer Belastungsstufe nicht signifikante ST-Streckensenkung und T-Negativierung lateral - normale Fahrradergometrie 5/11 - Diabetes mellitus Typ II - sekundär insulinpflichtig seit 2012 - Leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10: F32.00)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die

Z.\_\_\_\_-Gutachter folgende Diagnosen auf (Urk. 7/114/35): - Arterielle Hypertonie - Grenzwertige Blutdruckwerte aktuell - Echo 5/11: Beginnende hypertensive Herzerkrankung bei konzentrischer linksventrikulärer Hypertonie, EF 57% - Echo 3/13: Keine linksventrikuläre Hypertrophie, EF 65%, kein Vitium - Hypercholesterinämie - Nikotinabusus ca. 15

py - Adipositas - Akzentuierte (narzisstische) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)

### **E. 3.1.2**

Der Beurteilung der Z.\_\_\_\_-Gutachter ist zu entnehmen, dass eine mögliche belastungsinduzierte Ischämie nicht ausgeschlossen werden könne. Deshalb bestehe beim Beschwerdeführer aus kardiologischer Sicht für mittelschwere körperliche Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Für schwere körperliche Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig. In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer in jeglicher den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeiten zu 10% arbeitsunfähig sei.

Die orthopädische Beurteilung ergab, dass dem Beschwerdeführer für wechselbelastende leichte und mittel schwere Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Aus allgemein-internistischer Sicht sei festzuhalten, dass unregelmässige Schicht- und Nacharbeiten wegen des Diabetes mellitus ausgeschlossen werden sollten (Urk. 7/114/37). Aus diesem Grund sei diese Diagnose unter den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden (Urk. 7/114/37-38). Weitere Einschränkungen würden sich aber nicht ergeben (Urk. 7/114/38).

Die Z.\_\_\_\_-Gutachter führten weiter aus, gesamtmedizinisch ergebe sich, dass dem Beschwerdeführer schwere und nicht rückenadaptierte belastende körperliche Tätigkeiten nicht zugemutet werden könnten. Diese Einschränkung dürfe sicherlich seit dem Jahr 2009 bestehen. In einer leichten rückenadaptierten Tätigkeit, welche auch die Einschränkungen gemäss der orthopädischen Beurteilung berücksichtigen würde, habe seit 2011 eine 20%ige Einschränkung bestanden. Ab dem Gutachtensdatum April 2013 bestehe noch eine 10%ige

Einschränkung. Die Einschätzung für mittelschwere Tätigkeiten könne aufgrund der unklaren kardiologischen Situation nicht abschliessend vorgenommen werden. Aufgrund der Befunde im kardiologischen Status sowie den Überlegungen im Fachgutachten sei aber davon auszugehen, dass ab Gutachten in einer solchen Tätigkeit noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 7/114/38).

### E. 3.2.1

Dr. D.\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Gutachten vom 17. März 2017 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatische Symptome (ICD-10: F33.0) auf (Urk. 7/159/9). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die Diagnose schädlicher Nikotingebrauch (ICD-10: F17.1).

Der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ ist unter anderem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der anamnestischen Angaben im Jahr 1980 wegen seiner politischen Tätigkeit erstmals in der Türkei inhaftiert worden sei und dabei mehrfachen physischen und psychischen Traumata ausgesetzt worden sei. Nach der Freilassung sei der Beschwerdeführer in sein Familienmilieu zurückgekehrt und habe keine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen. Damit könne beim Beschwerdeführer trotz geklagter und nachvollziehbarer Alpträume sowie Flashbacks nicht vom Ausbruch einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ausgegangen werden. Auch das von ihm beschriebene Aktivitätsniveau und die zweite Verhaftung im Jahr 1984 (er sei von der Strasse mit anderen ohne Grund verhaftet worden) würden beim Beschwerdeführer eine Vermeidungshaltung und eine fehlende soziale Reintegration nach der Freilassung ausschliessen. Wegen der zweiten Verhaftung im Jahr 1984 und dem 14-monatigen Gefängnisaufenthalt könne beim Beschwerdeführer von einer Retraumatisierung ausgegangen werden. Der nach der Freilassung jahrelang fehlende Bedarf nach einer psychiatrischen Behandlung und das wiederum unauffällige Aktivitätsniveau würden den Ausbruch einer PTBS trotz Retraumatisierung auch in diesem Fall ausschliessen. Nach der Einreise in die Schweiz sei das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers abgesehen von einer fehlenden längeren beruflichen Tätigkeit jahrelang unauffällig geblieben, womit bei ihm eine anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ebenfalls ausgeschlossen werden könne (Urk. 7/159/11).

Zur Frage, ob sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers seit 2015 verschlechtert habe, ist der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_

sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der Exploration vom 2. März 2017 keine Verschlechterung seines psychischen Zustandes, sondern ein jahrelang unverändertes psychisches Leiden geltend gemacht habe. Aktenmässig sei er vom 24. April 2015 bis 4. Juni 2016 zum ersten Mal in der C.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Dem provisorischen Austrittsbericht vom 4. Juni 2016 seien in diagnostischer Hinsicht aus dem psychiatrischen Fachgebiet eine Anpassungsstörung, der Verdacht auf eine posttraumatische Persönlichkeitsveränderung sowie der Verdacht auf eine leichte kognitive Störung und psychische Verhaltensstörungen durch Tabak zu entnehmen. Die Verschlechterung des psychischen Zustandes des Beschwerdeführers und die erste psychiatrische Hospitalisation seien aktenmässig auf den Wohlungsverlust zurückzuführen und könne einer Anpassungsstörung zugeordnet werden. Bei bereits aktenmässig postulierter depressiver Episode ab 2011 müsse aber auch von einer erneuten depressiven Episode ausgegangen wer

den. Unter den eingeleiteten therapeutischen Massnahmen habe sich aktenmässig der psychische Zustand des Beschwerdeführers verbessert, weshalb er nach geordneter sozialer Situation (bezüglich Wohnens) habe entlassen werden können. Im provisorischen Austrittsbericht C.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2015 seien gemäss den Beobachtungen keine Einschränkungen in basalen Aktivitäten des täglichen Lebens des Beschwerdeführers dokumentiert worden, was den Verdacht auf posttraumatische Persönlichkeitsveränderungen eindeutig ausschliesse. Als dann sei der Beschwerdeführer vom 25. Januar bis zum 31. März 2016 in der Klinik I.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Dem Austrittsbericht seien in diagnostischer Hinsicht eine PTBS sowie eine rezidivierende depressive Störung (mittelgradige Episode) zu entnehmen (Urk. 7/159/10). Beim Austritt seien im Bericht unauffällige mnestiche Funktionen dokumentiert worden, was auf eine Verbesserung der postulierten mittelschweren depressiven Symptomatik hindeute. Sodann könne die aufgrund der im Bericht beschriebenen Vermeidungshaltung, Intrusionen und Flashbacks (vor allem in Form von Alpträumen) postulierte PTBS nicht bestätigt werden (Urk. 7/159/10-11). Dies, weil jahrelang keine Retraumatisierung seit der zweiten Inhaftierung im Jahr 1984 stattgefunden habe. Damit könne von posttraumatischen Symptomen in Form von Alpträumen und tagsüber von niederschweligen Flashbacks (weisse Autos würden den Beschwerdeführer an Polizeiwagen im Heimatland erinnern), jedoch nicht von einer PTBS per Definition oder von anhaltenden Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastungen ausgegangen werden. Die Bereitschaft des Beschwerdeführers, über seine traumatischen Ereignisse nach der Halbzeit der Hospitalisation (d. h. ca. ein Monat nach Klinik eintritt und Therapieaufnahme) reden zu wollen und die deutliche Verbesserung seines psychischen Zustandes unter den eingeleiteten therapeutischen Massnahmen inklusive Sicherstellung der Tagesstruktur würden sowohl eine PTBS als auch eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung zu sätzlich ausschliessen. Dem Bericht der B.\_\_\_\_ vom 14. November 2016 seien in diagnostischer Hinsicht eine PTBS sowie eine rezidivierende depressive Störung (mittelgradige Episode) zu entnehmen. Jedoch habe weder anamnestisch anlässlich der Exploration vom 2. März 2017 noch im Bericht vom 14. November 2016 eine Retraumatisierung

seit dem Austritt aus der Klinik I.\_\_\_\_ am 31. März 2016 festgestellt werden können, womit die im Bericht vom 14. November 2016 postulierte PTBS nicht bestätigt werden könne. Die im Bericht vom 14. November 2017 (unter «ärztlicher Befund») dokumentierte formalgedankliche tendenzielle Einengung auf den Themenkomplex Türkei und Politik schliesse beim Beschwerdeführer eine klassische Vermeidungshaltung und damit zusätzlich eine PTBS aus (Urk. 7/159/11).

Dr. D.\_\_\_\_ hielt weiter fest, dass beim Beschwerdeführer von einer erneuten Akzentuierung der depressiven Symptomatik ab Ende 2016 ausgegangen werden müsse. Nach bereits mehreren mittelschweren depressiven Dekompensationen müsse von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werden. Unter einer regelmässigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und sonstigen therapeutischen Massnahmen habe anlässlich der Exploration vom 2. März 2017 eine erneute Verbesserung der depressiven Symptomatik festgestellt werden können (Urk. 7/159/11).

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, dass beim Beschwerdeführer bei gegenwärtig leichten depressiven Symptomen in der Querschnittsbeurteilung von einer höchstens ca. 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen

werden könne. Diese sei auf eine leicht reduzierte allgemeine psychische Belastbarkeit sowie auf eine leicht eingeschränkte Durchhaltefähigkeit zurückzuführen. Seit der Begutachtung im März 2013 könne beim Beschwerdeführer von mindestens drei erneuten depressiven Episoden in mittelgradigem Ausmass ausgegangen werden, weshalb ab März 2013 in der Längsschnittbeurteilung eine 20- bis 30%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könne. Beim Beschwerdeführer könne von vielen intellektuellen Ressourcen ausgegangen werden. Er verfüge über genügende Sprachressourcen und stehe nach jahrelangen Schlafstörungen und Alpträumen sowie verdrängten Traumata in regelmässiger fachlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, weshalb die Prognose bezüglich Erhaltung einer mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit auf dem freien Wirtschaftsmarkt als sehr günstig betrachtet werden könne ( Urk. 7/159/11).

### **E. 3.2.2**

Im Bericht vom 14. November 2016 diagnostizierte Dr. A.\_\_\_\_ eine PTBS (ICD-10: F43.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1). Dazu hielt er fest, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht arbeitsfähig sei. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese Angaben würden seit dem Beginn ambulanten Behandlung in der B.\_\_\_\_ vom 15. Juni 2015 gelten ( Urk. 7/150/1, Urk. 7/150/3). Beim Beschwerdeführer würden eine deutlich verminderte Konzentrationsfähigkeit und Leistungsfähigkeit sowie eine schnelle Ermüdbarkeit (Tagesmüdigkeit) bestehen. Er würde immer wieder durch schreckhaftes Zurückweichen und Dissoziieren aufpassen ( Urk. 7/150/2). Prognostisch sei bei der Diagnose PTBS von keiner deutlichen Verbesserung der aktuellen Symptomatik auszugehen. Die fluktuierenden meist jedoch zumindest mittelstark ausgeprägten Konzentrationsstörungen und die Angst, die Anspannungssymptome sowie das Dissoziieren und die Flashbacks würden auch in den nächsten Jahren weiterhin bestehen. Der bisherige Verlauf sei an sich als gut zu bewerten. So habe der Beschwerdeführer seinen Schlaf verbessern können ( Urk. 7/150/2). 4. 4.1

Mit angefochtener Verfügung vom 5. März 2018 hielt die Beschwerdegegnerin fest, sie habe beim Beschwerdeführer keine körperliche Einschränkung mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können ( Urk. 2 S. 1). Mit der Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom 23. September 2016 ( Urk. 7/133 -134 ) liess der Beschwerdeführer denn auch einzig eine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes geltend machen ( Urk. 7/133). Hinweise auf eine

erhebliche Verschlechterung seines somatischen Gesundheitszustandes

seit der leistungsab lehrenden Verfügung vom 4. September 2013 (Urk. 7/129)

finden sich in den von der Beschwerdegegnerin nach diesem neuen Gesuch des Beschwerdeführers bei gezogenen medizinischen Akten nicht (vgl. dazu

den im Wesentlichen unauffälligen somatischen Befund bei Eintritt in die C.\_\_\_\_ vom 24. April 2015 [Urk. 7/136 /4] sowie die Ausführungen der Hausärztin des Beschwerdeführers vom 21. Dezember 2016, wonach in allgemein-internistischer Hinsicht keine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers gegeben sei [ Urk. 7/149/3 ] ).

Zudem gab der Beschwerdeführer am 7. November 2016 neben seiner Hausärztin einzigen Psychiater Dr.

A.\_\_\_\_ , B.\_\_\_\_ , als behandelnden Arzt an ( Urk. 7/146/1). 4.2

#### 4.2.1

Zu prüfen bleibt, ob sich der psychiatrische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 4. September 2013 (Urk. 7/129) derart verschlechtert hat, dass er nunmehr Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Zur Klärung dieser Frage hat die Beschwerdeführerin unter anderem das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 17. März 2017 in Auftrag gegeben (Urk. 7/159).

Für den Beschwerdeführer ist dieses Gutachten nicht beweiskräftig, vielmehr sei auf die - von diesem Gutachten abweichenden - Berichte und Stellungnahmen seines behandelnden Psychiaters Dr. A.\_\_\_\_ abzustellen (vgl. Urk. 1 S. 5-6). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)

Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 175 E. 4; Urteile des Bundesgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 und I 506/00 vom 13. Juni 2001), lässt es aber nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts U 58/06 vom 2. August 2006 E. 2.2 in fine und I 676/05 vom 13. März 2006 E. 2.4). 4.2.2

In seinen Stellungnahmen vom 9. Juni und 4. September 2017 hielt Dr. A.\_\_\_\_

im Wesentlichen fest, Dr. D.\_\_\_\_ habe ausgeführt, dass es beim Beschwerdeführer seit der zweiten Inhaftierung in der Türkei 1984 zu keiner « Retraumatisierung » gekommen sei. Er (Dr. A.\_\_\_\_) könne jedoch nicht nachvollziehen, was damit gemeint sei, da der Begriff der Retraumatisierung kein stehender Fachbegriff in der Beurteilung posttraumatischer Belastungsstörungen darstelle (Urk. 7/167/1). Es würden sich jahr- und jahrzehntelange Latenzen

zeigen,

bis die Symptomatik der PTBS so stark werde, dass sie sich klinisch relevant zeige und progredient die Arbeitsfähigkeit bis zur Arbeitsunfähigkeit einschränken könne. Dies könne auch über einen längeren Zeitraum geschehen, wie es auch beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sei (Urk. 7/175/1). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung muss nebst der ihrerseits für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eingehend geprüft werden. Diese betrage nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Eine besondere Begründung sei in jenen Fällen erforderlich, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (BGE 142 V 342 E. 5.2.2 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.3.3). Mit Urteil 9C\_228/2013 vom 26. Juni 2013 beurteilte das Bundesgericht die Beschwerde eines aus der Türkei stammenden Kurden mit Jahrgang 1967, welcher im Jahr 1990 in die Schweiz eingereist war und im Jahr 1995 als Flüchtling anerkannt wurde. Die IV-Stelle des Kantons Aargau, bei welcher er sich zum Leistungsbezug angemeldet hatte, hatte sein Leistungsbegehren nach durchgeführten Abklärungen abgewiesen (vgl. Sachverhalt lit. A

jenes Urteils).

Das Bundesgericht wies zunächst darauf hin, dass laut dem psychiatrischen Gutachter vor allem die lange Latenz zwischen den geschilderten traumatischen Erlebnissen und der psychischen Dekompensation gegen die Diagnose einer PTBS sprechen würde. Gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers sei er insbesondere während der Haft in der Türkei im Jahr 1984 gefoltert worden. Erst im Verlauf des Jahres 2005 sei eine «völlige Dekompensation» dokumentiert, nachdem er sich beim Fussball spielen mit seinem Sohn eine Traumatisierung des linken Knies zugezogen hatte (E. 4.1.1 jenes Urteils). Das Bundesgericht führte weiter aus, zu berücksichtigen sei die zwischen Trauma und psychischer Dekompensation liegende lange Zeit spanne von rund 20 Jahren, während welcher der Beschwerdeführer nachgewiesenermassen nicht nur einer (vollzeitlichen) Erwerbstätigkeit nachgegangen sei, sondern unter anderem auch eine Familie gegründet habe. Bei sonst gänzlich fehlenden objektivierbaren Anhaltspunkten würden die teilweise widersprüchlichen - subjektiven Angaben des Beschwerdeführers allein zum vornherein nicht genügen, um ein schweres, zur - um viele Jahre verzögerten - Auslösung einer PTBS geeignetes Trauma als überwiegend wahr scheinlich er scheinen zu lassen (E.

4.1.4 jenes Urteils). Aufgrund der Aktenlage im vor liegenden Fall ist hier nicht anders zu entschieden. Dr. D. \_\_\_ legte in seinem Gutachten mit einer ausführlichen und in allen Teilen schlüssigen und überzeugenden Begründung dar, weshalb nicht davon ausgegangen werden könne, dass beim Beschwerdeführer erst rund 30 Jahre nach seinem Gefängnis auf ent halten in der Türkei eine PTBS auf getreten sei (vgl. E. 3.2.1 vorstehend). Die Ausführungen von Dr. A. \_\_\_ vermögen keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. D. \_\_\_ zu begründen. Dr. A. \_\_\_ ver weist auf die vom Beschwerdeführer geklagten Leiden, welche gemäss seiner Beurteilung den Symptomen einer PTBS entsprechen würden. Bezüglich der vor liegend ent scheidenden Frage, weshalb diese Symptome erst nach so langer Zeit seit der letzten Inhaftierung im Jahr 1984 aufgetreten sind, macht er jedoch keine Angaben. Diesbezüglich ist etwa darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer laut dem psychiatrischen Z. \_\_\_ -Gutachter Dr. von F. \_\_\_ bei der Untersuchung vom 7.

März 2013 (Urk. 7/114/4) ohne äusserlich psycho vegetativ feststellbare Begleitsymptomatik über die Foltererlebnisse in der Türkei berichten konnte (Urk. 7/114/22).

Aus den Ausführungen von Dr. A. \_\_\_, wonach sich eine PTBS auch erst Jahre nach dem belastenden Ereignis manifestieren könne, kann der Beschwerdeführer deshalb nichts zu seinen Gunsten ableiten, weil Dr. A. \_\_\_ nicht begründete, weshalb dies beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sein soll. Damit führte Dr. A. \_\_\_

auch keine objektiven Gründe an, welche von

Dr. D. \_\_\_ unberücksichtigt geblieben wären und Zweifel an seinem Gutachten begründen könnten.

Der Beschwerdeführer bemängelt sodann, dass bei der Begutachtung keine entsprechende evidenzbasierten Tests durchgeführt worden seien. Nur so hätte die von den Ärzten des B. \_\_\_ gestellte Diagnose einer PTBS nachvollziehbar widerlegt werden können (Urk. 1 S. 6). Dem ist entgegenzuhalten, dass ein psychiatrischer Gutachter in der Wahl der Methode zur Erstellung eines Gutachtens frei ist, sofern er lege artis vorgeht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.2 mit Hinweis). Die

Nichtdurchführung eines bestimmten Tests anlässlich der psychiatrischen Exploration schmälert den Beweiswert seiner Expertise daher nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_629/2017 vom 29. Dezember 2017 E. 4.3).

Dr. D. \_\_\_ führte dazu aus, er habe keine evidenzbasierte Testverfahren bezüglich der PTBS durchgeführt, weil die Diagnose einer PTBS über 30 Jahre nach den traumatischen Ereignissen und dem dazwischenliegenden unauffälligen Leistungsniveau des Beschwerdeführers nicht diagnostiziert werden könne (Urk. 7/172/1). Dies vermag zu überzeugen.

Dr. D. \_\_\_

hielt ferner fest, dass die vom ihm festgestellten kognitiven Defizite (unter Psychostatus und testpsychologischen Befunden) auf die gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (leichte Episode ohne somatische Symptome) zurückzuführen seien, weshalb dem Beschwerdeführer in der Längsschnittbeurteilung eine 20 bis 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (Urk. 7/172/2). Auch diese Ausführungen vermögen zu überzeugen, weshalb der Beschwerdeführer mit seiner diesbezüglichen Kritik (vgl. Urk. 1 S. 6) ebenfalls nicht durchzudringen vermag.

Mit Dr. D. \_\_\_ ist daher davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer keine PTBS diagnostiziert werden kann. 4.2.3

Die psychische Dekompensation des Beschwerdeführers wurde vorliegend dadurch ausgelöst, weil er die Kündigung des Mietvertrages für seine langjährige Wohnung auf Ende April 2015 und eine neue Sozialarbeiterin zugeteilt erhalten hatte (Urk. 7/136/2).

Dr. D. \_\_\_ führte dazu aus, beim Beschwerdeführer könne von Verschlechterungen des psychischen Zustandes in belastenden psychosozialen Situationen ausgegangen werden, die sich unter stationären therapeutischen Massnahmen in der Regel rasch zurückbilden und damit auf die Anpassungsproblematik und nicht auf eine PTBS zurückzuführen seien (Urk. 7/172/1). 4.2.4

Auf das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ abstellend ist daher mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wegen seiner depressiven Erkrankung höchstens zu 30 %

eingeschränkt ist (Urk. 7/159/11). Bei einer Arbeitsunfähigkeit in diesem Ausmass besteht aber kein Anspruch auf eine Invalidenrente (E. 2.3). Ein strukturiertes Beweisverfahren muss nicht durchgeführt werden (E. 2.2.2).

Es ist somit festzuhalten, dass zwischen dem Erlass der Verfügung vom 4. September 2013 (Urk. 7/129) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2018 (Urk. 2) auch in psychischer Hinsicht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. 4.3

Die angefochtene Verfügung vom 5. März 2018 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5. 5.1

Weil die Voraussetzungen (§ 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) erfüllt sind (vgl. Urk. 3/3, Urk. 9), ist dem Gesuch des Beschwerdeführers vom 21. März 2018 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 2) zu

entsprechen. 5.2

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

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b is IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hin zu weisen, wonach der Beschwerdeführer zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechts pflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 21. März 2018 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, 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.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG). 2.2.2

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweismittelwertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und all fälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen

werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

## **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).

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