

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00761 vom 1. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00761

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00761 du 1 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00761 del 1 novembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, Dr . B.____ habe eine andere Beur teilung eines seit der letzten Rentenprüfung unveränderten Sachverhalts vorge nommen (Urk. 2). Dem ist beizupflichten, nachdem Dr . B.____ – in Überein stimmung mit Dr. Y.____ in dessen Stellungnahme vom 19. Mai 2014 (Urk. 8/60) – in seinem Gutachten explizit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (E. 3.1.2) verneinte. Bei einem unveränderten Sachverhalt ist nach wie vor von einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) ohne relevante längerfristige A rbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. das Urteil des hiesigen Gerichts IV.2010.01070 vom 31. Mai 2012 [Urk. 8/52/7 ff.]).

Dr . B.____

führte seine – von der Beurteilung von Dr. Y.____ abweichen - de – Beurteilung

nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zurück, sondern hielt dafür, die

Einschätzung von Dr. Y.____ sei nicht korrekt gewesen . Dabei war diese vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 31. Mai 2012 (Urk. 8/52) als beweiskräftig qualifiziert worden . Auch rückblickend ändert sich an dieser Würdigung nichts, zumal sich die Beurteilung von Dr. Y.____

nach wie vor als überzeugend erweist . Insbesondere lässt sich nicht rechtfertigen , die echtzeitlichen Beobachtungen von Dr. Y.____ retrospektiv bloss deshalb in Frage zu stellen, weil sich der Beschwerdeführer anläss lich der Begut achtung von Dr . B.____ anders präsentierte. Vielmehr fällt a uf , dass Dr . B.____ die Exploration zwar als erschwert bezeichnete, weil der Besch werdeführer häufig angegeben hatte , sich nicht er in nern zu

können (Urk. 8/76/45), dass dieser Umstand aber nicht überzeugend gewürdigt wurde .

Das auffällige Antwortverhalten des Beschwerdeführers lässt sich jedenfalls nicht bloss mit dem Hinweis auf eine misstrauische Haltung des Beschwerdeführers gegenüber den Menschen (Urk. 8/76/53) begründen. Der Beschwerdeführer vermochte sich an praktisch gar nichts aus der Vergangenheit zu erinnern:

Er gab an, er sei sich nicht sicher, ob sein Vater bei einem Attentat ums Leben gekommen sei (Urk. 8/76/38) – dabei hatte der Beschwerdeführer bei der ersten Begutachtung noch angegeben, sein Vater sei 2002 bei einem Attentat verletzt worden und 2004 gestorben (Urk. 8/19/2). Weiter gab der Beschwerdeführer an, er habe keine Erinnerungen an die Mutter, welche er nur an den Wochenenden gesehen habe (Urk. 8/76/38) ;

er könne sich kaum mehr an die Schulzeit erinnern und keine verlässlichen Angaben machen; er könne keine genauen Angaben zu seiner früheren Partnerschaft machen, er könne sich nicht erinnern (Urk. 8/76/39) ; er vergesse sehr viel, weil er sich nicht gut konzentrieren könne (Urk. 8/76/40) ; er könne sich nicht mehr an seine Flucht in die Schweiz, das Einreisedatum oder den Ort des Asylheims erinnern, in welchem er untergebracht worden sei (Urk. 8/76/40) ; er könne sich auch nicht daran erinnern, wann und wo er in der Schweiz gearbeitet habe (Urk. 8/76/41). Dass sich der Beschwerdeführer an derart wesentliche Ereignisse aus seiner Vergangenheit nicht zu erinnern vermögen soll, ist nicht nachvollziehbar und steht in auffälligem Gegensatz zu den vom Gutachter diesbezüglich erhobenen Befunden: So hielt dieser fest, das Langzeitgedächtnis habe sich weitgehend intakt gezeigt, sei aber aufgrund der geringen Auskunftsfreudigkeit des Beschwerdeführers nur schwer überprüfbar gewesen. Zwar habe der Explorand bei zeitlichen Zusammenhängen Schwierigkeiten bekundet; das Zeitgitter an sich sei aber ungestört (Urk. 8/76/45). Sodann ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen beklagt habe, Aufmerksamkeit und Konzentration während der Untersuchung demgegenüber bloss minim herabgesetzt gewesen seien und der Explorand dem Untersuchungsverlauf weitgehend folgen können. Darüber hinaus widersprach sich der Beschwerdeführer selbst, als er angab, er könne sich nicht erklären, wie der Vorwurf gegenüber Dr. Y.____, ihn bloss während 20 Minuten untersucht zu haben, zustande gekommen sei (Urk. 8/76/37). Dabei hatte sie eine Rechtsvertreterin im Erstanmeldungsverfahren im Einwand vom 10. März 2010

vor gebracht, nach glaubhaften Aussagen des Beschwerdeführers habe dieser eine halbe Stunde im Wartezimmer warten müssen und die sogenannte Exploration habe maximal zwanzig Minuten gedauert. Während dieser Zeit habe der Gutachter den Beschwerdeführer gedrängt, möglichst rasch seine Lebensgeschichte zu erzählen; der Gutachter habe keine Fragen gestellt (Urk. 8/38/4). Auch gegenüber dem behandelnden Psychiater habe der Beschwerdeführer angegeben, Dr. Y.____ habe nur ganz kurz mit ihm gesprochen und ihn dann vor allem Testblätter ausfüllen lassen (Stellungnahme vom 18. Juni 2014 [Urk. 8/64/1]).

Aus dem Gesagten erschliesst sich, dass Dr .

B.____

primär auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstellte und diese im Gegensatz zu Dr. Y.____ nicht kritisch würdigte. Es liegt damit lediglich eine andere Beurteilung eines seit der letzten Rentenprüfung unveränderten Sachverhalts vor, verneinte

Dr .

B.____ doch explizit eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen . 4.1.3

Anzufügen bleibt, dass der Beschwerdegegnerin – entgegen dem Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) – nicht vorzuwerfen ist, vor dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung keine weiteren Berichte des behandelnden Psychiaters eingeholt zu haben. B ereits im Urteil des hiesigen Gerichts IV.2010.01070 vom 31. Mai 2012 wurde festgehalten, die Berichte von Dr. Z.____ würden die Ergebnisse der Begutachtung von Dr. Y.____ nicht zu entkräften vermögen (Urk. 8/52 /11) .

Zudem gelangte auch

Dr . B.____

zum Schluss , dass die vom behandelnden Psychiater geschilderten Symptome nicht zur Diagnosestellung einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extremlastung passen würden (Urk. 8/76/50) und der behandelnde Psychiater keine nachvollziehbaren Angaben zu seinen Diagnosestellungen mache (Urk. 8/76/51). Schliesslich lag auch keine leitliniengerechte psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers vor, gab er doch anlässlich der Begutachtung vom 16. März 2015 selbst an , seit Sommer 2014 den Psychiater nicht mehr aufgesucht und die Medikamente seit circa zweieinhalb Monaten nicht mehr eingenommen zu haben, letzteres wegen Problemen mit dem Magen und der Haut . Er habe bisher auch keine traumaspezifische Behandlung durchgeführt (Urk. 8/76/44).

Die Beschwer degegnerin durfte daher in antizipierter Beweiswürdigung davon ausgehen , dass aus einem weiteren Bericht des behandelnden Psychiaters keine neuen Erkenntnisse zu gewinnen wären. Erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2018 begab sich der Beschwerdeführer wieder in Behandlung bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, konkret bei Dr. C.____ . Dessen Bericht vom 5. August 2019 wurde im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht (Urk. 13). Dr. C.____ stellte die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstö rung (ICD-10 F43.1) sowie einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) und gab im Wesentlichen das wieder, was aus den Akten bereits bekannt ist. Der Bericht umfasst bloss eine Seite geschriebenen Text und enthält keine Befunde. Die Diagnosen lassen sich daher nicht nachvollziehen. 4.1.4

Ferner lässt sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte im Bereich der Somatik (vgl. das Vorbringen des Beschwerdeführers in seiner Eingabe vom 13. September 2018 [Urk. 1 S. 6 ff.]) , insbesondere aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer gewisse körperliche Untersuchungen nicht zu tolerieren scheint , nic hts in Bezug auf die Schwere einer bestehenden psychiatrischen Symptomatik ableiten. Bereits die von Dr. Y.____ festgestellte Neurasthenie könnte als Erklärung für das Verhalten des Beschwerdeführers anlässlich der somatischen Untersuchungen dienen. Kommt hinzu, dass das Ablehnen von gewissen körperlichen Untersuchungen nicht mit einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit einhergehen muss. 4.1.5

Zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass sich auch dem Bericht der Q.____ vom 3. Oktober 2014 nichts entnehmen lässt, was Rückschlüsse auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zuliesse (Urk. 8/70): Es wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe seine Auf gabe als interkultureller Dolmetscher für Kurdisch nicht immer vollumfänglich

erfüllen können. Er habe wiederholt vereinbarte Termine vergessen, sei an den falschen Einsatzort gegangen und habe nicht im Einklang mit seiner Rolle als interkultureller Dolmetscher gehandelt. Er habe sich beispielsweise in den Gesprächsinhalt eingemischt, und es sei zu Auseinandersetzungen mit der Gesprächsleitung gekommen. Diverse Gespräche mit der Personalverantwortlichen der Q.____ hätten zu keiner Besserung der Situation geführt. Die Zusammenarbeit sei folglich nicht mehr möglich gewesen, weshalb diese in gegenseitigem Einvernehmen beendet worden sei. 4.1.6

Nach dem Gesagten ist fest zuhalten, dass in psychischer Hinsicht keine Veränderung des Gesundheitszustandes und damit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen ausgewiesen ist. An diesem Ergebnis ändert die Rechtsprechung gemäss BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 nichts, wonach grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Denn liegt keine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, welche für eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorausgesetzt ist (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10), spielt es keine Rolle, ob allenfalls ein rechtskräftig beurteilter, unveränderter Sachverhalt nach einer neuen Rechtsprechung rechtlich anders eingeordnet würde. Die Rechtsprechungsänderung allein stellt keinen Neuanmeldungs- oder Revisionsgrund dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_587/2017 vom 14. Mai 2018 E.

E. 1.3.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]),

so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.3.2

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.3.3

Das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschaffen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.4

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 erwog in der angefochtenen Verfügung, es bestehe weder ein Revisions- noch ein Wiedererwägungsgrund. Dr. B.____ habe einen unveränderten Sachverhalt bloss anders beurteilt. Aus somatischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte Tätigkeit in Wechselbelastung vollzeith zumutbar (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer vor, sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2010 verschlechtert (Urk. 1 S. 4). Dr. B.____

habe einen anderen Befund erhoben als Dr. Y.____. Die Einschätzung von Dr. B.____ decke sich mit derjenigen des behandelnden Psychiaters (Urk. 1 S. 4 f.). Die Einschätzung von Dr. B.____, es seien im Vergleich zur Erstbegutachtung keine neuen Beschwerden hinzugegetreten und nur die Diagnosen verändert worden, könne nicht geteilt werden (Urk. 1 S. 6). Eine massive psychische Auffälligkeit sei auch vom Hausarzt und anderen behandelnden Ärzten beschrieben worden (Urk. 1 S. 6). Für die Schlafstörung habe sich keine physische Erklärung finden lassen. Dokumentiert sei auch, dass der Beschwerdeführer bezüglich der nicht tolerierten Untersuchungsmethoden aufgefallen sei und eine Karzinophobie habe (Urk. 1 S. 7 f.). Die Beschwerdegegnerin habe es sodann unterlassen, vor Erlass der angefochtenen Verfügung einen Bericht des behandelnden Psychiaters einzuholen. Es liege auch eine Einschränkung in somatischer Hinsicht vor. Aufgrund der Rücken-, Hals-, Hüft- und Schwindelproblematik sei nur noch eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit in zeitlich beschränktem Umfang zumutbar. Abschliessend beurteilbar sei dies jedoch nicht. Da die körperlichen Einschränkungen gegenüber den psychischen in den Hintergrund träten, könne auf eine weitere Abklärung der körperlichen Einschränkungen verzichtet werden. Gestützt auf das Gutachten von Dr. B.____ sei von einer 60-70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 1 S. 9). 3. 3.1

Für die Beurteilung, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der rentenabweisenden Verfügung der Beschwerde gegnerin vom 6. Oktober 2010 (Urk. 8/47) eingetreten ist (E. 1.3.1), dient aus psy chiatrischer Sicht das dieser Verfügung zugrunde liegende Gutachten von Dr. Y. ___ vom 5. Januar 2010 (Urk. 8/19) inklusive Ergänzung vom 14. April 2010 (Urk. 8/43) . Das hiesige Gericht erachtete das Gutachten von Dr. Y. ___ mit Urteil vom 31. Mai 2012 (IV.2010.01070) als beweiskräftig und verwertbar (Urk. 8/52/9-11). 3.1.1

In seinem Gutachten vom 5. Januar 2010 stellte Dr. Y. ___ die Diagnose einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0), welche seit dem Beginn der Behandlung durch Dr. Z. ___ im Dezember 2007 dokumentiert sei, bei einem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Aufgrund der Anamnese und der subjektiven Beschwerdeschilderung (wie beispielsweise Schlafstörungen, Alpträume, ängstlich-depressive Verstimmung usw.) sei der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung zwar knapp nachvollziehbar, die Diagnose könne jedoch aus versicherungsmedizinischer Sicht aufgrund der unzureichenden objektiven Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit attestiert werden. Die in diesem Zusammenhang beschriebenen Symptome und Defizite liessen sich ausreichend durch eine Neurasthenie erklären, welche möglicherweise Folge einer früheren posttraumatischen Belastungsstörung sei (Urk. 8/19/13) . Auch die Kriterien der ICD-10 für eine depressive Episode seien nicht erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass und es lägen keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere oder Länge vor , um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Die leichte depressive Verstimmung erkläre sich vollständig als Teil einer Neurasthenie und begründe alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemäss ICD-10 (Urk. 8/ 19/14-15) . Dr. Y. ___ hielt sodann fest, die beim Versicherten vorhandene Neurasthenie begründe keine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Akten, der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und der objektiven Untersuchungsergebnisse seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Die mit der Neurasthenie verbundenen Defizite verblieben somit weit überwiegend im rein Subjektiven (Urk. 8/19/15) . Die im Arztbericht von Dr. Z. ___ attestierte posttraumatische Belastungsstörung werde weder beschrieben noch diskutiert und sei deshalb nicht nachvollziehbar. Gemäss Auffassung von Dr. Z. ___ könne der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit 8 Stunden pro Woche arbeiten, was einer Arbeitsunfähigkeit von 81 % entspreche, und in einer leidensangepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % bis 52 % (jeweils bei 42 „Sollstunden“ pro Woche). Dabei seien die objektiven psychopathologischen Befunde spärlich, weshalb unklar bleibe, worin die Defizite objektiv bestünden und wie die als notwendig erachtete Anpassung gestaltet sein sollte. Was den Verlaufsbericht von Dr. Z. ___ vom 29. Oktober 2009 angehe, sei zu berücksichtigen, dass darin keine objektiven psychopathologischen Befunde erwähnt seien. Der Bericht stütze sich vollständig auf die subjektiven Angaben des Versicherten und die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar (Urk. 8/ 19/17-18 f.) . 3. 1. 2

Dr . B. ___ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 30. März 2015 die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.0) auf der

Grundlage einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Folterung und politischer Inhaftierung (ICD-10 F 43.1) fest und attestierte dem Beschwerdeführer hinsichtlich jeder Tätigkeit (in der zuletzt ausgeübten sowie in einer adaptierten Tätigkeit) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 % (Urk. 8/76/55). Dr. B.____ führte insbesondere aus, es handle sich um einen ziemlich verfahrenen Fall, da einerseits Dr. Y.____ zu gutachterlichen Aussagen gelangt sei, die nach seiner Einschätzung nicht korrekt seien. Zum anderen mache der behandelnde Psychiater keine nachvollziehbaren Angaben zu seinen Diagnosestellungen (Urk. 8/76/51).

Im Rahmen der aktuellen Begutachtung sei der Beschwerdeführer als ängstlich-misstrauisch, affektlabil, depressiv gestimmt und neuro-kognitiv auffällig aufgefallen. Wiederum habe er häufig keine klaren Angaben zu Traumatisierungen gemacht. Im Gegensatz zu Dr. Y.____ beurteile er (Dr. B.____) das Verhalten des Beschwerdeführers jedoch als krankheitsimmanente und nicht als verdeutlichend oder gar als aggravierend oder simulierend. Im Rahmen von schweren Traumatisierungen

sei überliefert, dass viele Betroffene Teile des Geschehenen verdrängen, oder das Erlebte schamhaft besetzt sei, so dass ein freies Berichten häufig nicht möglich sei. Dr. B.____ habe auch kein theatralisches und dramatisierendes Auftreten des Beschwerdeführers wahrnehmen können. Nach nun fast dreissigjähriger Erfahrung mit psychiatrischen Patienten seien ihm die Symptomschilderungen nicht als auswendig gelernt erschienen, wie es Dr. Y.____ in seinem Gutachten beschrieben habe. Der Affekt – in welchem die Beschwerden geschildert oder teilweise nur ansatzweise schambesetzt erwähnt worden seien – habe authentisch gewirkt. So gelange er (Dr. B.____) bereits in der allgemein-psychiatrischen Einschätzung des Beschwerdeführers zu einer völlig konträren Sichtweise im Vergleich zum Vorgutachter Dr. Y.____. In der diagnostischen Einordnung halte er die Kriterien einer andauernden Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.0) auf der Grundlage einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) für erfüllt. Der Beschwerdeführer

sei einem kurz oder lang dauernden Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit einem katastrophalen Ausmass ausgesetzt gewesen, welches bei nahezu jedem eine tief greifende Verzweiflung auslösen würde. Beim Beschwerdeführer bestünden traumabezogene anhaltende Erinnerungen und es komme zum Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen und sich wiederholende Träume. Er fühle sich in Situationen, die der Belastung ähnelten oder mit ihr in Zusammenhang stünden, bedrängt. Der Beschwerdeführer zeige zudem Symptome einer PTBS mit erhöhtem Arousal, sich aufdrängenden Intrusionen, mit Alpträumen und erheblichen Schlafstörungen. Die beklagten neuro-kognitiven Symptome seien Folgeerscheinungen einerseits durch einen vermehrten Aufwand in der Abwehr der Symptome und zum anderen durch die Müdigkeit infolge der symptomeigenen Schlafstörungen. Mit der ICD-10 Klassifikation nicht vereinbar sei der Zeitpunkt des Auftretens der Symptome der PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) mit sehr langer zeitlicher Distanz zu den Traumatisierungen (Urk. 8/76/52). Dr. B.____ gelangte zum Schluss, dass im Vergleich zum psychischen Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der ersten Begutachtung keine neuen Beschwerden (ausser den somatischen) hinzugetreten seien. Es sei bloss die Diagnose verändert worden (Urk. 8/76/51). Er gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer mit dem innerpsychischen Ziel, in der Schweiz ein selbstbestimmtes Leben zu führen, anfänglich genügend Energien aufgebracht habe, um die Symptome der

Krankheit weitgehend zu unterdrücken. Für den Beschwerdeführer sei der berufliche Misserfolg infolge des Nichtbestehens des Medizinstudiums und der nachfolgenden Exmatrikulation mit einem extremen innerpsychischen Stress und einer erneuten subjektiven Traumatisierung verbunden gewesen, so dass der Ausbruch der PTBS im Jahre 2007 damit einhergegangen sei. Spekulativ bleibe, ob bereits das Nichtbestehen der Prüfung krankheitsbedingt gewesen sei. Die nachfolgende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F 62.0) sei das Resultat der Chronifizierung des Leidens. So wies der Beschwerdeführer heute eine misstrauische Haltung gegenüber den Menschen auf. Er habe sich sozial teilweise zurückgezogen, sei rat- und hoffnungslos und berichte von Derealisationsphänomenen. Der behandelnde Psychiater beschreibe dissoziative Momente. Der Beschwerdeführer fühle sich entfremdet. Zudem ergäben sich aus den Schilderungen des Beschwerdeführers und seines Psychiaters Hinweise darauf, dass sich zusätzlich eine somatoforme Störung gemäss ICD-10 entwickeln könnte. Hierzu würden jedoch somatische Befunde fehlen, die belegen, dass keine organischen Hintergründe der geklagten somatischen Störungen vorlägen (Urk. 8/76/53).

In der E-Mail vom 9. Mai 2015 ergänzte Dr. B. (Urk. 7/78), er habe sich zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits im Gutachten geäussert. Er gehe von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit Erstkonsultation beim behandelnden Psychiater und Diagnosestellung einer PTBS aus (Dezember 2007). 3.2

In somatischer Hinsicht ist kein Vergleich möglich, da medizinische Unterlagen von Fachärzten für die Zeit vor der Rentenabweisung vom 6. Oktober 2010 (Urk. 8/47; mit Urteil des hiesigen Gerichts IV.2010.01070 vom 31. Mai 2012 bestätigt [Urk. 8/52]) fehlen. Es sind daher lediglich die im Neuanmeldungsverfahren eingeholten medizinischen Unterlagen aufzuführen. 3.2.1

Dr. E., Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 18. November 2015 die folgenden Diagnosen auf (Urk. 8/96/8): 1. Chronische Cervikalgie mit Muskelhartspann paravertebral beidseits 2. Rezidivierender Drehschwindel unklarer Ätiologie, Differentialdiagnose durch Diagnose 1 3. Insertionstendinopathie

Glutealmuskulatur rechts - Verdacht auf Tractus iliotibialis Schnappen rechts, symptomatisch seit Sturz bei Vollbremsung Tram 2009 - Leichte Beinlängendifferenz links 5 mm kürzer 4. Chronische Lumbalgie ohne deutliches radikuläres Syndrom, Verdacht auf ISG-Schmerzen rechts - Status nach akuter Lumbalgie 6/14 mit Hospitalisation deswegen (Spital D.) Dr. E. verordnete dem Beschwerdeführer bei glutealer Insertionstendinopathie an der rechten Hüfte und Cervikalgien mit muskulärem Hartspann paravertebral beidseits medizinische Massage zur Lockerung der muskulären Spannung paravertebral am Nacken. Im Bereich der rechten Hüfte schlug Dr. E. die Möglichkeit einer erneuten therapeutischen Infiltration vor, was der Beschwerdeführer aber nicht wünschte. Dr. E. bat Dr. F., Fachärztin HNO, um ein direktes Aufgebot des Beschwerdeführers in ihre reguläre Sprechstunde zur Beurteilung bezüglich des stark störenden Drehschwindels. Er (Dr. E.) gehe davon aus, dass der Drehschwindel durch die muskuläre Verspannung im Bereich des Nackens verursacht werde, wolle jedoch eine Ursache im Bereich des Innenohrs ausschliessen. Sofern die Beschwerden im Bereich der Hüfte nicht ver schwänden, könne sich der Beschwerdeführer wieder bei Dr. E.

melden. Bei Beschwerdepersistenz am Nacken habe er empfohlen, dass sich der Beschwerdeführer zur Wirbelsäulen-orthopädischen Beurteilung an Dr.

G.____ im H.____ wende (Urk. 8/96/9; vgl. auch die Bericht e von Dr. E.____ vom 31. März 2015 [Urk. 8/114/12-13] und vom 29. Februar 2016 [Urk. 8/96/1-5]) . 3.2.2

Im Bericht vom 21. Januar 2016 (Urk. 8/92/3-4) hielt Dr. I.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die Diagnosen Bandscheibenprolaps C5/6 mit diskogener Spinalstenose und Bandscheibendegeneration L5/S1 fest. Er führte sodann aus, der Beschwerdeführer leide seit 1

½ Jahren an einer chronischen, therapieresistenten Cerviko -Brachialgie mit intermittierenden spastischen Parästhesien in den Beinen. Wiederholt sei der Beschwerdeführer wegen akuter Schmerzen kollabiert, ohne dass eine definierte Ursache geklärt worden sei. Im Spital D.____ habe im Juli 2014 eine stationäre Therapie wegen akuter Lumbalgie stattgefunden. Gemäss Untersuchungsbe fund der Wirbelsäule vom 21. Januar 2016 bestehe eine schmerzhaft e Bewegungseinschränkung der HWS, insbesondere bei Flexion und Rotation, sowie Parästhesien in beiden Unterarmen und Händen mit Kraftminderung beidseits. Auf dem MRI-Bild der HWS vom 1. November 2015 sei ein kräftiger Bandscheibenprolaps C5/6 mit diskogener Spinalstenose zu erkennen. Das Myelon werde dabei nierenförmig eingedellt, der Spinalkanal sei ventral um circa 1/3 verengt. Dr . I.____ empfahl dringend eine ventrale Dekompression C5/6 mit Diskusersatz (vgl. auch den Bericht von Dr . I.____ vom 25. Februar 2016 [Urk. 8/95]) . 3.2.3

Dr. G.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 24. Februar 2016 (Urk. 8/96/6-7) die Diagnosen chronische unspezifische Cervikodorsalgien beidseits sowie chronische unspezifische Lumbalgien auf und hielt fest, von Seiten der Wirbelsäule finde sich beim Beschwerdeführer kein Korrelat, welches das Ausmass der Symptomatik auch nur annähernd erklären könnte. Es liege wohl ein chronisches Schmerzsyndrom mit sekundären psychischen Begleitsymptomen vor, welche einer psychologischen/psychiatrischen Abklärung bedürften. Der Beschwerdeführer sei damit grundsätzlich einverstanden. Fr au Dr. J.____ werde gebeten, den Beschwerdeführer zeitnah in ihre Sprechstunde anzubieten. Aus wirbelsäulenmedizinischer Sicht könne dem Beschwerdeführer leider nicht geholfen werden, da kein morphologisch zu erklärendes Korrelat habe gefunden werden können. 3.2.4

Dr. K.____ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , führte in seinem Bericht vom 1. März 2016 als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Labrum-Läsion im Bereich des rechten Hüftgelenkes sowie ein unspezifisches vertebrales Beschwerdebild bei minimaler Protrusion C5/6 und L5/S1 bei statisch balancierter Haltung des Achsen skeletts auf. Bezüglich der Labrum-Läsion befinde sich der Beschwerdeführer bei Dr. E.____ in Abklärung. Die Abklärung durch Dr . G.____ sowie auch das MRI des Schädels und der HWS vom 10. November 2015 mit lediglich leichter Protrusion C5/6 seien ergebnislos geblieben . Auch die neurologische Abklärung bei Dr . L.____ habe nicht s ergeben. Strukturell sei keine Einschränkung für mittelschwer belastende Tätigkeiten zu erwarten. Gemäss der Standortbestimmung vom Februar 2015 sei der Beschwerdeführer in einer körperlich wechsel belastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig (Urk. 8/97). Zu vermeiden seien Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Kauern, Knien, Rotationen im Sitzen/Stehen, das Steigen auf Leitern/Gerüste. Das Heben und Tragen von Lasten sei bis zu einem Gewicht von 5-10 Kilogramm zumutbar (Urk. 8/99/3). 3.2.5

Dr. E.____ hielt mit Bericht vom 13. April 2016 über die gleichentags erfolgte Untersuchung fest, er habe bei MR-tomografisch vor einem Jahr im nativen MRI der rechten Hüfte vorhandenem Verdacht auf eine leichte anteriore Labrumläsion sowie Insertionstendinopathie der Glutealmuskulatur nochmals Physiotherapie verordnet für lokal schmerzlindernde Massnahmen inklusive Ultraschall und Massage sowie intensive gluteale Muskelkräftigung. Der Beschwerdeführer sei einmal bei Frau Dr. J.____ gewesen, wolle jedoch keine weiteren Termine dort wahrnehmen. Die von Dr. I.____ vorgeschlagene Dekompression und Diskusprothesenimplantation cervical wünsche der Beschwerdeführer ebenso wenig wie eine Operation an der rechten Hüfte. Er habe lediglich zwei- bis dreimal Physiotherapieinstruktion bei einem befreundeten Physiotherapeuten durchgeführt (Urk. 8/114/8-9). 3.2.6

Dr. M.____, Facharzt FMH für HNO, hielt am 4. Januar 2017 fest, beim optimal sedierten Patienten hätten sich eindeutige obstruktive Apnoen gezeigt. Sowohl die Panikattacken nachts als auch die ausgeprägte Tagesmüdigkeit und möglicherweise sogar die Depression könnten im Rahmen einer obstruktiven Schlafapnoe erklärt sein. Er schlage vor, dass dies weiter abgeklärt werde. Sollte sich der Verdacht bestätigen, wäre der Beschwerdeführer ein optimaler Kandidat für eine Tonsillektomie mit velopharyngealer Chirurgie, da bei so grossen Tonsillen die Chance auf eine ausgeprägte Besserung beziehungsweise Heilung gross sei (Urk. 8/116/11). 3.2.7

Nachdem die Ärztin N.____, Fachärztin FMH für ORL, den Beschwerdeführer aufgrund des Verdachts auf eine n

Intratonsillarabszess rechts an die Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital O.____ überwiesen hatte (Überweisung vom 6. Januar 2017 [Urk. 8/116/12-13]), wurde dort gleichentags eine Befunderöffnung mittels Biopsie in Narkose durchgeführt (Urk. 8/116/14 f.), wobei keine Malignität des Gewebes festgestellt werden konnte (vgl. den Biopsiebericht des Instituts für Klinische Pathologie des O.____ vom 9. Januar 2017 [Urk. 8/116/16]). 3.2.8

Dr. P.____, Ärztin für Orthopädische Chirurgie, tätig in der Orthopädiepraxis von Dr. E.____, notierte in ihrem Bericht vom 12. Januar 2017 (Urk. 8/114/6-7), der Beschwerdeführer habe sich am 10. Januar 2017 bei ihr vorgestellt, jedoch aufgrund eines deutlich reduzierten Allgemeinzustandes (nach der Biopsie des Tonsillenabszesses) keine Untersuchung des Hüftgelenkes durchführen lassen, sodass aktuell keine Stellung genommen werden könne zur Symptomatik des Hüftgelenkes. Der Beschwerdeführer wolle aktuell weder bei Dr. E.____ noch bei ihr einen weiteren Termin vereinbaren. Letztmals sei er im April 2016 in der Praxis gewesen. Weder die Physiotherapie noch die chiropraktische Behandlung hätten eine Beschwerdelinderung gebracht. 3.2.9

Im Bericht des Spitals D.____ vom 24. März 2017 an die Ärztin N.____

wurde festgehalten, es bestehe kein Hinweis auf eine schlafassoziierte Atemstörung. Bei bekannter Tonsillenhyperplasie und vor der Eröffnung der Tonsillenzyste bestehender pathologischer Schlafendoskopie finde sich in der aktuellen Untersuchung keine Schlafapnoe. Die vermehrte Müdigkeit tagsüber wie auch die geschilderte Einschlafneigung könnten sich durch den in der respiratorischen Polygrafie erhobenen Befund nicht erklären lassen (Urk. 8/120/11-18). 3.2.

E. 5

) . A b 2001 arbeitete er

aushilfsweise auf Abruf als zweite Assistenz bei grösseren Operationen im Operationssaal, wobei der Umfang seiner Tätigkeit etwa 20 % betrug (Urk. 8/1 , Urk. 8/5/7, Urk. 8/ 10/11 und Urk. 8/55/5) ,

sowie ab 1. Februar 2008 als Pflegehilfe auf Abruf (Urk. 8/11 /3) . Im Übrigen wurde er ab dem 1. März 2007 von den Sozialen Diensten der Stadt Zürich unterstützt (Urk. 8/26) . Am 11 . August 2008 (Eingangsdatum) meldete er sich

aufgrund psychischer Probleme, Kopfschmerzen, Angst-, Schlaf-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle,

zum Leistungsbezug an und beantragte Massnahmen für die berufliche Eingliederung sowie eine Rente (Urk. 8/1) . Die IV-Stelle klärte die medizinischen und beruflich - erwerblichen Verhältnisse des Versicherten ab und liess ihn von Dr. Y.____ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten . Dieser attestierte dem Versicherten eine vollständige Arbeitsfähigkeit (Psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten vom 5. Januar 2010 [Urk. 8/19] ; vgl. auch die

Stellungnahme vom 14. April 2010 [Urk. 8/43]) .

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 6. Oktober 2010 ab (Urk. 8/47) . Dagegen erhob dieser beim hiesigen Gericht am 8. November 2010 Beschwerde (Urk. 8/48/4-11), welche mit Urteil vom 31. Mai 2012 im Verfahren IV.2010.01070 abgewiesen wurde (Urk. 8/52).

E. 5.1.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen) . 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). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeit identischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 Regeste mit Hinweis auf BGE 128 V 174).

E. 5.1.2

Frühestmöglicher Rentenbeginn ist im Jahr 2014, nachdem sich der Beschwerdeführer am 10. Februar 2014 (Eingangsdatum) erneut zum Leistungsbezug angemeldet hat (Urk. 8/55; vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_160/ 2012 vom 6. Juni 2012 E. 4.1.3).

E. 5.2.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2).

E. 5.2.2

Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) vom 3. November 2008 (Urk. 8/6-7) erzielte der Beschwerdeführer in den Jahren vor der Erstanmeldung (August 2008) die folgenden Einkommen:

Als aushilfsweise eingesetzte zweite Operations-Assistenz bei Dr. R.____

(Urk. 8/10/11)

erzielte er im Jahr 2004 Fr. 10'856.--, im Jahr 2005 Fr. 9'930.--, im Jahr 2006 Fr. 9'792.-- und im Jahr 2007 Fr. 11'761.-- (Urk. 8/6/1). Der Beschwerdeführer gab an, das Arbeitspensum als Operations-Assistenz habe circa 20 % betragen (Urk. 8/1/5). Im Jahr 2005 wurden im IK-Auszug zusätzlich Fr. 8'307.-- als Einnahmen aus selbständiger Erwerbstätigkeit verbucht (Imbiss S.____ ; Eintragung der Einzel firma im Handelsregister am 30. November 2005 und Löschung am 6. März 2007). Die selbständige Erwerbstätigkeit gab der Beschwerdeführer per 31. Dezember 2006 allerdings wieder auf, nachdem er bloss Verluste erzielt hatte

(Urk. 8/7/2 und Urk. 8/9). Ab dem 1. Februar 2008 war der Beschwerdeführer sodann als Pflegehilfe auf Abruf im Spital T.____ angestellt bei einem Stundenlohn von Fr. 23.37 zuzüglich Fr. 3.05 Ferienentschädigung (Urk. 8/11). Im Monat Februar 2008 erzielte er einen Bruttolohn von Fr. 1'011.45, im Monat Juni 2008 einen solchen von Fr. 614.85, im Monat Juli 2008 einen solchen von Fr. 889.80 und im Monat September 2008 einen solchen von Fr. 340.10 (Urk. 8/11/10). Als Operations-Assistent in einem 100 %-Pensum hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2007 etwa Fr. 58'805.-- erzielt (Fr. 11'761.-- [bei einem ungefähren 20 %-Pensum] x 5). Angepasst an die branchenspezifische Nominallohnentwicklung bei Männern bis ins Jahr 20

E. 5.3

). 4.2

In somatischer Hinsicht lässt sich den Berichten der behandelnden Ärzte keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entnehmen. Mit dem RAD ist davon auszugehen, dass

eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf grund der orthopädischen Befunde ausgewiesen ist , allerdings nicht im von Dr . I.____ umschriebenen Umfang (vgl. E. 3.2.11);

die Einschätzung von Dr . I.____

lässt sich nicht nachvollziehen und widerspricht sowohl derjenigen von Dr . G.____

und als auch von Dr.

K.____ .

Dr . G.____

konnte von Seiten der Wirbelsäule kein Korrelat finden, welches das Ausmass der Symptomatik auch nur annähernd zu erklären vermochte (E. 3.2.3), und Dr. K.____ erachtete eine körperlich wechselbelastende Tätigkeit für (vollumfänglich) zumutbar (E. 3.2.4). Dr . I.____

scheint bei seiner Beurteilung die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers

miteinbezogen zu haben, denn die vom Beschwerdeführer geklagten Parästhesien in beiden Unterarmen und Händen mit Kraftminderung beidseits , welche im Bericht von Dr . I.____ vom 21. Januar 2016 als Befund festgehalten wurden, konnten neurologisch nicht nachgewiesen werden (die neurologische Abklärung bei Dr . L.____

ergab einen blanden Befund [vgl. E. 3.2.4]). Auch ergab das MRI der HWS am 10. November 2015 gemäss Dr. K.____ lediglich eine leichte Protrusion C5/6 (E. 3.2.4) und keinen kräftigen Bandscheibenprolaps C5/6 mit diskogener Spinalstenose, wie dies Dr . I.____ beschrieben hatte (E. 3.2.2). Der Vollständigkeit halber ist daran zu erinnern, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht die Diagnosen, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend sind (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.3 mit Hinweis) . Der Beschwerdeführer hat alle Therapien abgebrochen und scheint sich keiner weiteren Behandlung mehr stellen zu wollen (vgl. E. 3.2.5, 3.2.8, 3.2.10, 3.2.13, 3.2.14), weshalb der RAD nachvollziehbar das Vorliegen eines erheblichen Leidensdrucks verneint hat (E. 3.2.15). Auch aus dieser Sicht vermag die Einschätzung des Dr . I.____ , wonach eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestehe, nicht zu überzeugen. 4.3

Nach dem Gesagten ist dem Beschwerdeführer mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine wechselbelastende Tätigkeit vollschichtig zumutbar . Da es sich bei den bisherigen Tätigkeiten als Assistenz bei Operationen und als Pflegehilfe auf Abruf kaum um wechselbelastende Tätigkeiten gehandelt haben dürfte , ist eine Veränderung des Gesundheitszustandes in somatischer Hinsicht ausgewiesen, weshalb

ein Einkommensvergleich vorzunehmen ist . 5.

E. 5.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1, 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE

143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens auf grund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 5.3.2

Da dem Beschwerdeführer die bisherige Arbeitstätigkeit nicht mehr zumutbar ist, sind zur Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 heranzuziehen. Der Beschwerdeführer verfügt, nachdem er die Prüfungen für das Medizinstudium in der Schweiz nicht bestanden hat, über keine abgeschlossene Berufsausbildung, weshalb auf das standardisierte monatliche Einkommen für männliche Arbeitskräfte (LSE 2014, TOTAL in der Tabelle TA1) im Kompetenzniveau 1 von Fr. 5'312.-- abzustellen ist. Dieses monatliche Einkommen ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2014 von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2018, A-S 01-96) auf ein Jahreseinkommen für eine 100%ige Tätigkeit hochzurechnen. Es resultiert somit ein Jahreseinkommen von Fr. 66 ' 453. -- (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41,7). Dass dem Beschwerdeführer nur noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar sind, ist kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2 mit Hinweisen auf die Urteile 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2 und 9C_284/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2.1). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist auch unter dem Gesichtspunkt der übrigen Umstände des Beschwerdeführers nicht angezeigt. Mit dem Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu erwerben kann. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_898/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen). Solche Umstände liegen hier nicht vor. Das Jahreseinkommen von Fr. 66 ' 453. -- gemäss LSE 2014 entspricht somit dem Invalideneinkommen.

E. 5.4

Aus dem vorliegend vorgenommenen Einkommensvergleich resultiert keine Erwerbseinbusse (Valideneinkommen von Fr. 63 ' 562. -- versus Invalideneinkommen von Fr. 66 ' 453. --). Nicht einmal ein maximaler Abzug von 25 %, welcher vorliegend nicht gerechtfertigt ist, würde zu einem renten begründenden Invaliditätsgrad führen. Diesfalls ergäbe sich ein maximaler Invaliditätsgrad von gerundet 22 % (

Valideneinkommen von

Fr. 63 ' 562. -- abzüglich Invalideneinkommen von Fr. 49'840.--

[Fr. 66 ' 453. -- x 0.75]). 6.

Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. 7 .

7 .1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit . a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Verfügung vom 24. Oktober 2018 [Urk. 9]) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7 .2

Die mit Verfügung vom 24. Oktober 2018 (Urk. 9) bestellte unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Sintzel , machte mit ihrer Honorarnote vom 30. Oktober 2018 einen Aufwand von 10.25 Stunden und Barauslagen von Fr. 43.10 ab dem 6. August 2018 geltend (Urk. 10). Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Der vorliegend geltend gemachte Aufwand erweist sich als angemessen, weshalb Rechtsanwältin Ursula Sintzel

mit Fr. 2 ' 475.05 (= Honorar von Fr. 2'255. -- [10.25 Stunden à Fr. 220.--] plus Barauslagen von Fr. 43.10 , zu züglich Mehrwertsteuer von 7.7 % [Fr. 176.95]) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist . 7 .3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an Rechtsanwältin Ursula Sintzel

verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Ursula Sintzel, Zürich, wird mit Fr. 2'475.05 (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 Sintzel -
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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

E. 8.3

[2010] bei einem Index 2005=100) und bis ins Jahr 2014 ein Jahreseinkommen von Fr. 63'562.-- (Fr. 62'012.--

:

100 x 102.5 ; vgl. die Tabelle T1.1.10 [Nominallohnindex, Männer, 2011-2017] Q 86-88 von 100 [2010] auf 102.5 [2014] bei einem Index 2010=100).

Als Pflegehilfe in einem 100 %-Pensum hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2008 etwa Fr. 53'263.-- erzielt (Fr. 26.42 pro Stunde x 42 Stunden pro Woche x 48 Wochen pro Jahr). Angepasst an die branchenspezifische Nominallohnentwicklung bei Männern bis ins Jahr 2010 ergäbe sich ein Jahreseinkommen von Fr. 54'573.-- (Fr. 53'263.-- : 105.7 x 108.3; vgl. die Tabelle T1.1.05 [Nominallohnindex, Männer, 2006-2010] M,N,O von 105.7 [2008] auf 108.3 [2010] bei einem Index 2005=100) und bis ins Jahr 2014 ein Jahreseinkommen von Fr. 55'937.-- (Fr. 54'573.--

:

100 x 102.5 ; vgl. die Tabelle T1.1.10 [Nominallohnindex, Männer, 2011-2017] Q 86-88 von 100 [2010] auf 102.5 [2014] bei einem Index 2010=100). Damit wäre das Einkommen als Pflegehilfe deutlich geringer als dasjenige als Operations-Assistent. Dasselbe gilt auch,

wenn die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 herangezogen würden und auf den standardisierten monatlichen Lohn von Fr. 4'807.-- im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (Ziff. 86-88), Männer, Kompetenzniveau 1, abgestellt würde. Das Abstellen auf ein höheres Kompetenzniveau rechtfertigt sich nicht, nachdem der Beschwerdeführer das Medizinstudium in der Schweiz nicht bestanden hat und über keine andere Ausbildung im Gesundheitsbereich verfügt. Das Valideneinkommen beträgt somit Fr. 63 ' 562. - - .

E. 10

ergäbe sich ein Jahreseinkommen von Fr. 62 '012 . - - (Fr. 58 ' 805 .-- : 102.7×108.3 ; vgl. die Tabelle T1. 1. 05 [Nominal lohnindex , Männer , 2006-2010] M,N,O von 102.7 [2007] auf 10

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