

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00810 vom 1. November 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00810

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00810 du 1 novembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00810 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

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 psychi schen 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 1 8. 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 ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

E. 1.3

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143

V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.4

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. 1.5

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Anspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Abs. 3).

E. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 1. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. ___ am 20. September 2018 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 21. August 2018 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen/Rente) auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 25. Oktober 2018 schloss die Beschwerde gegen die Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, gestützt auf das Gutachten der Z. ___

sei der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Gerüstbauer seit November 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. Demgegenüber bestehe hinsichtlich einer angepassten Verweistätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Aus dem Einkommensvergleich resultiere unter Berücksichtigung eines 10%igen leidensbedingten Abzugs ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 33 % (Urk. 2). 2. 2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer ein, das Z. ___ -Gutachten sei mangelhaft und widersprüchlich. Vielmehr sei aufgrund der Mehrfachdiagnose von einer zumindest 60%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Dabei spiele der Alkoholkonsum höchstens eine untergeordnete Rolle. In diesem Zusammenhang seien die anlässlich der Begutachtung abgenommenen Blutwerte mit Unwägbarkeiten verbunden gewesen und habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Urk. 1). 3. 3.1

Die angefochtene Verfügung vom 21. August 2018 (Urk. 2, vgl. Titel), welche ausschliesslich den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zum Inhalt hat, bildet den Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens und stellt eine Sachurteilsvoraussetzung dar (BGE 125 V 413 E. 1a).

Soweit der Beschwerdeführer im vorliegenden Beschwerdeverfahren berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragt, liegt sein Rechtsbegehren ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes und ist diesbezüglich auf die Beschwerde nicht einzutreten (vgl. auch Urteil IV.2015.00623 des hiesigen Gerichts vom 14. Juni 2016 E.3.2 und 3.3). 3.2

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. 4.

Im polydisziplinären Z.____ -Gutachten vom 6. September 2017 hielten die begutachtenden Fachärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk.

7/131/74): - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit verbal impulsiven, anankastischen, ängstlich-unsicheren und paranoiden Anteilen (ICD-10 :

F61.0) - Chronisches, lumbospondylogenes Syndrom rechts mit/bei - degenerativen LWS-Veränderungen L3/4 bis L5/S1 - Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie und Diskektomie L5/S1 rechts am 13.11.2013 bei sensomotorischem Ausfallssyndrom L5 und S1 rechts - residuell : kein sensomotorisches Ausfallssyndrom - Gangstörung unklarer Ätiologie mit/bei - neurologisch kein eindeutiger Nachweis einer Spastizität (Babinski negativ, Fingerreflexe nicht gesteigert), keine Hinweise für ein ataktisches, cerebelläres, pyramidales oder extrapyramidales Syndrom - Multifaktorielle Sprunggelenks- und Fußschmerzen rechts - aktuell osteochondrale Läsion posteriore Facette USG talar sowie Verdacht auf kleine Knorpelläsion tibia mediales Gutter OSG rechts - mögliches Sinus tarsi Syndrom - oligosymptomatisches Ostium externum Typ II - deutliche statische Fußveränderungen mit Knick-Senkfüßen, anamnestisch seit Kindheit - Status nach Plattenosteosynthese malleolus

lateralis rechts am 11.12.2007 bei lateraler Malleolarfraktur 08/2007 - Chronisches Zervikovertebralsyndrom

- zum Teil mitbedingt durch degenerative Veränderungen - Symptomatische Rhizarthrose linksbetont - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Problemen am Bewegungsapparat und pneumologischer Problematik mit dissoziativen Anteilen (ICD-10 : F45.41) - Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10 : F33.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie folgende Diagnosen fest (Urk. 7/131/75): - Ausgeprägte Hyperlaxität, vor allem im Bereich von Händen und Füßen, zum Teil Bewegungsapparatprobleme aktuell und seit Kindheit unterhaltend, Thorakovertebralsyndrom bei leichtgradigen Degenerationen Bewegungsapparatprobleme seit Kindheit unterhalten - Leichte Restbeschwerden Knie links bei anamnestisch - Status nach Patella-Caudalverlagerung links im 12. Lebensjahr - Status nach dreimaligen Arthroskopien bis zum 25. Lebensjahr mit unter anderem Knorpelstückentfernung - Auffällige Fehllage der Wirbelsäule mit deutlichem Schultertiefstand rechts - Arterielle Hypertonie - Status nach Lungentuberkulose 2014 - Am ehesten psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10 : F10.24) und Cannabinoide, anamnestisch Heroin i.v. - Konsum (ICD-10 : F11.20) und Konsum von Cannabis (ICD-10 : F12.20)

Im Rahmen der Anamnese habe der Beschwerdeführer berichtet, er sei das dritte von drei Kindern und habe spät reden und laufen gelernt. Er habe einen komischen Gang gehabt, sei immer wieder gestürzt und deswegen ausgelacht worden. Erst im Kindergarten habe er richtig sprechen gelernt. Schon als Kind habe er verschiedentlich

teilweise wandernde Schmerzen im Bereich der Schulterblattregion, der Brustwirbelsäule (BWS), Arme und Beine

gehabt, zum Teil begleitet von einem Brennen oder Ameisenlaufen. Auch habe er schon damals Fußprobleme gehabt. Diese seien mit einem Gips behandelt worden. Sodann habe er wegen den Schmerzen im Daumensattelgelenksbereich in der Kindheit sehr viele I

nfiltrationen bekommen. Manchmal sei ihm der Kugelschreiber aus der Hand gespickt. Er könne seine Gelenke, vor allem die Finger, überstrecken und habe dies immer wieder zeigen müssen, bis es ihm zu viel geworden sei. Der Kinderarzt habe gesagt, er habe Schlottergelenke und seine Sehnen seien zu lang. Diverse Ärzte hätten vorausgesagt, dass er einst im Rollstuhl landen werde. Vorübergehend seien die Knöchel-/Fussbeschwerden rechts durch eine Knöchelfraktur 2007 schlimmer geworden. Er habe ca. zwei Jahre gebrauch bis die Schmerzen nach der Operation wieder besser geworden seien. Ausserdem habe er zwischen dem 12. und 25. Lebensjahr vier Knieoperationen links bekommen.

Die Nackenschmerzen seien auch seit der Kindheit vorbestehend und durch die Arbeit auf dem Gerüstbau eher schlimmer geworden. Im November 2013 sei eine grosse Diskushernie operiert worden. Danach habe er massive Schmerzen und Krämpfe erlitten. Aufgrund der Bein- und Knöchel-/Fussbeschmerzen benötige er seit Dezember 2012 regelmässig einen Rollstuhl. 2014/2015 sei er wegen einer offenen Tuberkulose hospitalisiert und hernach stationär rehabilitiert worden. 2016 sei es zufolge einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erneut zu einer stationären Rehabilitation gekommen.

(Urk. 7/131/14 f. , Urk. 9/131/19 ff., Urk. 7/131/37 ff., Urk. 7/131/45 f., Urk. 7/131/61 f.) .

In schulisch/beruflicher Hinsicht führte der Beschwerdeführer sodann aus, er sei im Vorschulalter viel krank gewesen und habe den Kindergarten wiederholen müssen.

Bei schlechten Leistungen habe er auch die dritte Primarschulklasse wiederholen und fortan eine Sonderschule besuchen müssen ; wegen den «Fingern» habe er Mühe gehabt, schreiben zu lernen. Auch die Sekundarschule habe er in einem Sonderschulrahmen absolviert . Nach der Grundschule habe er Bauer werden wollen. Der Vater sei aber dagegen gewesen und habe ihm eine Metzgerlehre besorgt . Die Lehre sei streng gewesen. Die theoretische Abschlussprüfung habe er noch gemacht und auch bestanden, die praktische Prüfung habe er zufolge eines Ekzems nicht absolvieren können. Den Abschluss habe man ihm aber geschenkt . Danach sei er ein Jahr drogenstüchtig gewesen; er habe Heroin konsumiert und dieses am Schluss gespritzt. In der Rekrutenschule sei er wegen Kniebeschwerden und Drogenkonsum ausgemustert worden. Schliesslich habe er einen stationären Drogenentzug angefangen und nach einer Woche abgebrochen. Er sei «abgehauen» und habe die folgenden sechs Monate zu Hause verbracht. Nach der Lehre habe er nur zwei Monate als Metzger gearbeitet. Anschliessend sei er mehrere Jahre als Gerüstbauer tätig gewesen . Damals habe er schon gezitert. Die letzte Stelle sei ihm wegen Firmenverkaufs gekündigt worden. Hernach habe er sich als Pilzzüchter selbständig gemacht . Da ihm die Lokalität aufgeköndigt worden sei und er keine neue bekommen habe, habe er im Jahre 2000 damit aufgehört. Danach sei er jahrelang obdachlos gewesen und habe Gelegenheitsjobs gemacht; zeitweise auch im Gerüstbau als Reiniger und Aushilfe. Seit der Diskushernieoperation 2013 arbeite er nicht mehr.

2015 seien IV-unterstützte Integrationsmassnahmen durchgeführt worden . Dabei habe er Dämpfe einatmen müssen , als die Stühle abgeschliffen worden seien. Das habe er gar nicht ertragen. Er habe auch oft nicht mitgehen können, wenn die anderen spazieren gegangen seien

(Urk. 7/131/14 ff, Urk. 9/131/19 ff., Urk. 7/131/37 ff., Urk. 7/131/45 f., Urk. 7/131/61 f.) .

In Rahmen der Anamnese

beschrieb der Beschwerdeführer die Beziehung zur

dominanten, aber auch herzlichen Mutter als ambivalent und konfliktrichtig. Der Vater, zu welchem er eine speziell tiefe Bindung gehabt habe, sei beruflich oft abwesend gewesen. Seitens der Mutter habe er sich häufig schwere Vorwürfe anhören müssen. Darunter leide er noch heute. In der Kindheit habe er sich gut mit den beiden älteren Schwestern verstanden. Inzwischen habe er keinen Kontakt mehr zu ihnen. Im Zusammenhang mit dem Verkauf des familiären Maiensässes 2016 an eine der Schwestern seien schwere, bis heute ungelöste familiäre Spannungen ausgebrochen. Der Beschwerdeführer habe zeitweilig dort gelebt, eine selbstständige Pilzzucht betrieben und Umbauarbeiten geleistet. Mithin habe er ordentlich investiert und auch Miete bezahlt. Er bestimme auf einen Grundbucheintrag und habe von Gesetzes wegen auch ein Vorkaufsrecht. Die Mutter und die Schwestern hätten sich indes zurückgezogen und nichts mehr von sich hören lassen. Seit 2006 sei er geschieden. Seit zwei Jahren lebe er in einer Partnerschaft. Seine Partnerin sei gesund und arbeitstätig. Er wohne indes allein in einer Dreizimmergenossenschaftswohnung und beziehe Sozialhilfe (Urk. 7/131/14 ff., Urk. 9/131/19 ff., Urk. 7/131/37 ff., Urk. 7/131/45 f., Urk. 7/131/61 f.).

Die aktuellen Beschwerden beschrieb der Beschwerdeführer gegenüber dem begutachtenden Allgemeinmediziner wie folgt: Er leide unter praktisch dauernd vorhandenen Schmerzen an den Fussgelenken, Ober- und Unterschenkeln beidseits, rechtsbetont. Zudem bestünden lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in die rechte untere Extremität bis zum Fuss. Zeitweise habe er Schmerzen in der rechten Schulter und in beiden Händen. Seit sechs Monaten gehe er wegen den Fuss- und Rückenschmerzen nur noch im Rollstuhl nach draussen, er könne kaum gehen. Zeitweise habe er auch Mühe beim Schlucken. Ab und zu habe er Krämpfe in der Speiseröhre. Er sei deswegen schon ohnmächtig geworden. Ausserdem bestehe eine Belastungsdispnoe (Urk. 7/131/16). Aus allgemein-internistischer Sicht ergaben sich beim weitestgehend unauffälligen Untersuchungsbefund keine Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/131/17 ff.).

Gegenüber dem rheumatologischen Gutachter führte der Beschwerdeführer aus, im Vordergrund stünden die Rückenschmerzen, welche zum Teil schlagartig einschossen, mit Schwindel verbunden sein könnten und manchmal auch über das Gesäss ins rechte Bein ausstrahlten. Die Rückenschmerzen seien am schlimmsten im Gehen, Sitzen und Stehen sowie beim Husten und Niesen. Auch Bücken sei nicht mehr möglich. Am besten fühle er sich in Rückenlage mit leicht nach oben gelagerten Beinen, zum Beispiel mit Hilfe eines Schlangenkissens. Er habe auch ein Stufen-einstellbares Bett. Da neben leide er an brennenden Krämpfen im Bereiche des Oberschenkels rechts, die seit der Rückenoperation im November 20

E. 6

), was dem Beschwerdeführer am 1. November 2018 zur Kenntnis gebracht wurde. Zeitgleich wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und ihm mitgeteilt, das Gericht erachte die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels als nicht erforderlich (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa).

E. 6.2

Bei der Ermittlung des ohne Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3b mit Hinweisen). Da die Anstellung bei der Y.____ GmbH - soweit ersichtlich - 2013 aus leidensfremden Gründen endete (vgl. Urk. 7/24, vgl. auch Urk. 7/131/37) und der Beschwerdeführer die 2015 zuletzt ausgeübte (nicht lebenskostendeckende, vgl. Urk. 7/3, Urk. 3/3, IK-Auszug vom 21. Februar 2017, Urk. 7/97) selbständige Erwerbstätigkeit als Pilzzüchter ebenfalls aus leidensfremden Gründen aufgab (vgl. Urk. 7/131/37, Urk. 7/131/48, Urk. 7/131/85),

ist zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Dabei ist mit Blick auf die Berufsbiographie des Beschwerdeführers vom Tabellenlohn für einfache und repetitive Hilfsarbeiten auszugehen.

E. 6.3

Da der Beschwerdeführer

die ihm nach Eintritt des Gesundheitsschadens verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht ausgeschöpft hat, ist

unter Hinweis auf das medizinische Belastungsprofil zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf den Lohn für einfache und repetitive Hilfsarbeiten (entsprechend dem Kompetenzniveau 1)

abzustellen. Damit ist

das Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen und es erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad im

Sinne einer rechnerischen Vereinfachung dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 mit weiteren Hinweisen) . Da der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 unter Hinweis auf 9C_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4 und 9C_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2), der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 keine ins Gewicht fallende Bedeutung zukommt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3 unter Hinweis auf 8C_351/2014 vom 14. August 2014 E. 5.2.4.2) und sich schliesslich beim vorliegend einschlägigen Tabellenlohn gemäss LSE 2014 keine überproportionale Lohneinbusse für teilzeiterwerbstätige Männer (Urteile des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.2 und 8C_12/2017 vom 28. Februar 2017 E. 5.5.2 mit Hinweisen) ergibt, sind vorliegend keine abzugsfähigen Merkmale ersichtlich.

E. 6.4

Dem Beschwerdeführer wurde für seine bisherige Tätigkeit im Gerüstbau eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit November 2013 attestiert. Da er sich im Mai 2014 zum Leistungsbezug anmeldete und

bis Januar 2015 IV-Taggelder bezog, ist der frühest mögliche Rentenbeginn auf Januar 2015 festzulegen (vgl. E. 1.4, E. 1.5) .

E. 6.5

Im Januar 2015 war der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit

zu 70% arbeitsfähig . Aus dem

Einkommensvergleich

resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30% . An diesem Ergebnis würde nichts ändern, wenn mit der Beschwerdegegnerin ein leidensbedingter Abzug von 10% vorzunehmen wäre, was einen Invaliditätsgrad von 37% ergeben würde.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten ist . 7 . 7 . 1

Mit Verfügung vom 1. November 2018 wurde dem Beschwerdeführer - antrags gemäss (Urk. 1 S. 2) - die unentgeltliche Rechtspflege

gewährt (Urk. 8) .

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 7.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen .

E. 7.3

Rechtsanwalt Oliver Streiff ist nach § 34 Abs. 3 GSVGer (vgl. auch Verfügung vom 1. November 2018, Disp.-Ziffer 4, Urk. 8) beim gerichtlichen Ansatz von Fr. 220.--/Stunde ermessensweise mit Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 7.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Oliver Streiff, Zürich,

wird mit Fr. 2'000.-- (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: - Rechtsanwalt Oliver Streiff - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

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. 13

schlimmer geworden seien, zum Teil auch verbunden mit einer Verhärtung. Er habe schon viermal eine epidurale Infiltration in den Rücken bekommen. Die Infiltrationen würden maximal drei Monate etwas helfen. Seit der Operation seien auch die Schmerzen im Bereich des vorderen rechten Sprunggelenkes, dort oft stechend, aber auch an der Achillessehne und unterhalb des Aussenknöchels schlimm. Die Schmerzen zögen vom vorderen Sprunggelenk über den Fussrücken in den rechten Fuss. Die rechtsseitigen Knöchel- und Fusschmerzen hätten ihn schliesslich in den Rollstuhl gezwungen. Infiltrationen bekomme er auch ins Sprunggelenk. Beim Gehen würden diese schlagartigen Rückenschmerzen eben falls ausgelöst, manchmal komme es dabei zu einem Einknicken des rechten Beines. Im Bereich des Rückens habe er auch Anlaufschmerzen nach Sitzen und vor allem morgens bis zu circa einer halben Stunde, verbunden mit einer leichten Morgensteifigkeit.

Seit November 2016 bestünden bei Übungen mit den Beinen wieder Gefühlsstörungen im Bereich der Leiste und im Gesäss rechts; vor der Operation seien diese vor allem im vorderen Genitalbereich beidseits vorhanden gewesen. Die Kraft in den Beinen sei aber gut. Ab und zu habe er Ameisenlaufen im Bereiche des lateralen Beines bis zum Sprunggelenk rechts. Zusätzlich bestünden seit der Kindheit vorbestehende Missempfindungen - Brennen und zum Teil Parästhesien - an verschiedenen Orten des Körpers sowie Beschwerden in den Daumensattelgelenken beidseits, links mehr als rechts. Letzteres sei schlimmer geworden in den letzten Jahren, zum Beispiel auch während der Tätigkeit auf dem Gerüstbau. Die Infiltrationen

würden auch hier maximal drei Monate helfen. Die Schmerzen seien vor allem schlimm bei Belastungen. Er ziehe dann selber an den Fingern, was eine Entkrampfung bewirke. Die Nackenschmerzen seien vor allem schlimm beim Nach-unten-Schauen, zum Teil auch beim Nach-oben-Schauen. Manchmal komme es zu Ausstrahlungen in den dorsalen Schultergürtel links. Die Schmerzstärke (VAS 0-10) würden im Bereiche des ventralen Sprunggelenkes rechts

aktuell 6 und bei stechenden Schmerzen 9 betragen. Die krampfartigen Schmerzen im Bereiche des Oberschenkels rechts hätten eine Stärke von 7, die schlagartigen Schmerzen im

Rücken 10, im Durchschnitt 6 und im Bereiche des Nackens und der Daumensattelgelenke

7. Seit der Rückenoperation im November 2013 habe er immer wieder Physiotherapie, meistens zweimal pro Woche. Zudem mache er mehrmals täglich selber Übungen. Daneben gehe er schwimmen. Er müsse dazu einen Schwimmgurt tragen und könne dies nur in Begleitung machen. Sodann nehme er regelmässig Tramal Retard 100-50-50 mg ein. Wenn die Schmerzen im Bereich des rechten Oberschenkels oder auch des Rückens sehr schlimm seien, nehme er auch fünf bis sechs Hübe Tramal, dies fahre aber ziemlich ein. Alternativ nehme er manchmal 100 mg Tramal Retard. Seit Weihnachten 2016 schlucke er alle 4 Tage Panalil, ein Hanfprodukt. Leider sei es ihm trotzdem nicht gelungen, Tramal unter 200 mg pro Tag zu reduzieren (Urk. 7/131/21 ff.).

Im Rahmen der klinischen Untersuchung sei ein kleinschrittiges, ataktisches Gangbild und eine Tendenz zur Fehlhaltung in den Handgelenken und Fingern aufgefallen. An den Händen bestehe eine deutliche Hyperlaxität mit spontaner Schwanenhalsdeformation der Zeigefinger und bis zu 90° Hyperextension in den Daumensattelgelenken, links mehr als

rechts mit leichter Subluxation vor allem links und deutlicher Druckdolenz. Ausserdem zeige sich ein Schultertiefstand rechts mit leichter Rechtsneigung des Oberkörpers, ohne Lotverschlebung der Wirbelsäule. Weiter bestünden – näher beschriebene – Bewegungseinschränkungen und (Druck-)Schmerzen

im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), der Sehnenansätze okzipital, der zervikalen Facettengelenke, der BWS und LWS und der dazugehörigen Muskulatur, teilweise mit Ausstrahlungen in die jeweilige Peripherie.

Am linken Knie bestehe ein Endphasenschmerz bei Flexion; die Beweglichkeit der Knie sei

indes symmetrisch erhalten

bei leichter Genua valgo. Die Untersuchung in Rückenlage sei durch die angegebenen Rückenschmerzen bei gestreckten Beinen vor allem rechts erschwert gewesen; der Beschwerdeführer habe die Beine spontan angezogen. Auffällig seien die Knick-Senkfüsse mit einer deutlichen Überbeweglichkeit im Bereich des oberen Sprunggelenkes, begleitet von einer Krepitation rechts sowie einem Endphasenschmerz bei Bewegungen im unteren Sprunggelenk. Die Achillessehne und Mittelfussgelenke seien ebenfalls druckdolent. Bildgebend zeigten sich leichte bis mittelgradige degenerative Veränderungen im Bereich der unteren LWS, BWS, HWS rechts sowie im unteren und oberen Sprunggelenk. Die Befunde im Bereich

der LWS und des rechten Beins passen zu einem lumbospondylogenen Syndrom rechts, am Rücken verzögert aufgetreten seit ca. einem Jahr sowie am rechten Bein, insbesondere am rechten Oberschenkel, verstärkt nach der Diskushernienoperation im November 2013. Mithin seien die Rückenschmerzen am ehesten auf degenerative Veränderungen zurückzuführen; eine neurologische Genese der geschilderten Bein schmerzen sei aufgrund der neurologischen Expertise auszuschliessen. Die subjektiv dominant und postoperativ aufgetretenen Schmerzen im Bereich des vorderen Sprunggelenks rechts, mit teilweiser Ausstrahlung in die Achillessehne, und ausgeprägter Gehstreckenlimitierung bis hin zur Rollstuhlbedürftigkeit seit Dezember 2016 seien multifaktorieller Genese; die bildgebend festgestellten

osteocondralen Läsionen in OSG und USG sowie der Verdacht auf eine Knorpel läsion tibial im medialen OSG rechts seien höchstens eine Teilkomponente der Schmerzätiologie. Mithin seien allenfalls auch die 2007 erlittene

Malleolarfraktur, die beginnende USG-Arthrose und die aktivierten Rhizarthrosen beidseits. Zusätzlich sei eine statische Schmerzkomponente als Ursache der Fussbeschwerden rechts zu diskutieren bei ausgeprägten Knick-Senkfüssen. Eine entzündlich-rheumatische Problematik sei auszuschliessen. Mit Bezug auf das linke Knie bestünden Restbeschwerden nach diversen Operationen. Mithin sei die geschilderte Problematik teilweise objektivierbar. Das erlebte Schmerzausmass und die Behinderung im Alltag – insbesondere auch die subjektive Immobilität ohne Rollstuhl – seien demgegenüber nicht restlos erklärbar.

Aufgrund der mehrjährigen Tätigkeit im Gerüstbau sei jedenfalls davon auszugehen, dass sich die seit Kindheit vorbestehende Gehstörung zeitweise verbessert habe. Aktuell seien Tätigkeiten im Gerüstbau aufgrund der bestehenden Probleme am Bewegungsapparat nicht mehr zumutbar. Leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ohne repetitive Belastung der LWS und HWS, ohne Zwangshaltungen betreffend die LWS und HWS (inkl. Bücken und

Überkopfarbeiten) , ohne repetitive Belastungen oder feinmotorisch anspruchsvolle Tätigkeiten seien indes zu 70 %

zumutbar; die 30%ige Einschränkung ergebe sich aus der chronischen Schmerzstörung mit ver mehrtem Pausenbedarf . Die Arbeitsfähigkeit wesentlich verbessernde medizini sche Massnahmen seien nicht ersichtlich

(Urk. 7/131/28 ff.).

Im Rahmen der

neurologischen Untersuchung habe sich ein konstanter

feinschlä giger Halte- und Intentionstremor aller Extremitäten und eine Innenrotationsst el lung beider Füsse gezeigt . Die Untersuc hung im Liegen sei aufgrund der s ponta nen Beinflexion erschwert; der Beschwerdeführer habe angegeben, aufgrund der Rückenschmerzen könne er die Beine im Liegen nicht strecken. Im Stehen habe er die Beine fast vollständig strecken können . Das Gangbild sei auffällig und kleinschrittig. Die Beine stünden in Valgusstellung und komplizierte Gangarten seien kaum durchführbar ohne Hilfestellung.

Das

Aufrichten aus Hocke sei knapp möglich und in dieser Stellung sei auch ein Fussspitzenstand möglich, jedoch nicht auf Aufforderung. Die Ursache der ni cht klassifizierbaren Gangstörung sei unklar und möglicherweise multifaktoriell bedingt vor dem Hintergrund der bestehenden orthopädischen Problemati k und Tendenz zur Somatisierung.

Die

anlässlich der aktuellen Expertise veranlasste MRI -Untersuchung des Neurocra niums habe keine strukturellen Veränderungen ergeben , die die Gangstörung erklären könnten.

Vielmehr

h abe

dieses ein weitestgehend unauffälliges Hirnpa ren chym ohne Anhaltspunkte für postasphyktische perinat ale Residuen oder Hin weise für eine Entwicklungsstörung des Gehirns zur Darstellung gebracht . Auch die während der Untersuchung demonstrierten Extremitätenzuckungen seien aus neurologischer Sicht nicht erklärbar und es hätten sich – entgegen der beschrie benen HWS-Problematik – auch keine klinischen Hinweise für ein Cervicalsyn drom ergeben . Mithin bestehe keine radikuläre Ausfallsymptomatik, keine Neu ropathie und auch kein extrapyramidales, pyramidales oder cerebrales Syndrom (Urk. 7/131/42 f.).

Anlä sslich der psychiat rischen Exploration nannte der Beschwerdeführer keine neuen Beschwerden (vgl. Urk. 7/131/56 f.). Der begutachtende Psychiater hielt fest, der sportlich und gepflegt gekleidete Beschwerdeführer

habe sich anlässlich der Exploration in unauffälliger Bewusstseinslage und Orientierung

befunden und zunächst etwas zurückhaltend und misstrauisch gewirkt. W ährend der zwei stündigen Untersuchung habe er r uhig im Rollstuhl gesessen und e inen leicht gradig verminderten An t rieb mit entsprechender Psychomotorik gezeigt. Seine Sprache sei gut

artikuliert und die Stimme gut vernehmbar gewesen. Im Vordergrund stehe eine deutliche Somatisierung mit einem somatisch ausgerichteten Krankheitskonzept. Der Beschwerdeführer sei leichtgradig depressiv verstimmt, ängstlich-unsicher, zwanghaft und in Bezug auf die gesundheitliche Situation

diffus-ängstlich. Im freien Vortrag habe er sich gut entfalten können; auf strukturierende Fragen habe er oft ungehalten, dysphorisch, zum Teil paranoid verkennend und verbal impulsiv reagiert. Frustrationsintoleranz und Konfliktfähigkeit seien vermindert. Kognitive Störungen, psychotisches oder psychosenahes Erleben oder Verhalten seien indes nicht feststellbar. Die emotionale Problematik habe der Beschwerdeführer konzentrisch, den Schmerzprozess demgegenüber eher vage beschrieben. Er

sei nach eigenen Angaben schmerzbedingt im Rollstuhl und

habe auch anlässlich der Untersuchung unter Tramal gestanden. Im Mini-ICF-Rating hätten sich mittelgradige Beeinträchtigungen ergeben im Bereich der Anpassungs-, Durchhalte-, Selbstbehauptungs-, Gruppen- und Verkehrsfähigkeit; die Fähigkeit des Beschwerdeführers, familiäre und intime Beziehungen zu pflegen sei leichtgradig beeinträchtigt. Die übrigen Items seien erhalten (Urk. 7/131/57 ff.).

Aus psychiatrischer Sicht seien die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfüllt.

Insbesondere bestünden deutliche Unausgeglichenheiten in den Einstellungen und im Verhalten in mehreren Funktionsbereichen und ein andauerndes, gleichförmiges, tiefgreifendes Verhaltensmuster. Sodann habe die Störung in der Kindheit/Jugend angefangen und manifestiere sich auch im Erwachsenenalter. Ausserdem bestehe seit der neurochirurgischen Operation vom November 2013 ein subjektives Leiden und damit eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit.

Erkennbar seien sodann leichtgradig impulsive, anankastische, ängstlich-unsichere und paranoide Züge mit verminderter

Impulstoleranz und Konfliktfähigkeit sowie gelegentlichen Impulsdurchbrüchen. Bei alledem bestehe eine

komplexbinierte

Persönlichkeitsstörung mit impulsiven, anankastischen, ängstlich-unsicheren und paranoiden Anteilen. Die Persönlichkeitsstörung sei leichtgradig ausgeprägt. Ein Teil der sozialen und beruflichen Wiedereingliederungsschwierigkeiten liessen sich darauf zurückführen.

Im November 2013 habe sich der Beschwerdeführer einer neurochirurgischen Intervention unterziehen müssen. In der Folge habe sich ein organisch nur zum Teil erklärbarer Schmerzprozess entwickelt.

Im Februar 2014 sei er wegen einer offenen, mikroskopisch polybazillären Lungentuberkulose hospitalisiert gewesen. Die bis heute beklagten Atemstörungen liessen sich nur zum Teil organisch erklären. Der Beschwerdeführer habe einerseits einen kaum erträglichen Schmerzprozess angegeben, andererseits erhebliche Atemprobleme. Mithin bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und dissoziativen Anteilen (Globus hystericus, Schluckstörung, Benutzung des Rollstuhles). Die Schmerzstörung sei leicht- bis mittelgradig ausgeprägt. Ausserdem sei eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig zu diagnostizieren. Nach eigenen Angaben konsumiere der Beschwerdeführer ein Päckli Zigaretten pro Woche sowie täglich ein Bier. Darüber hinaus habe der Beschwerdeführer den Konsum von Drogen verneint. Anlässlich der Begutachtung sei die Blutentnahme nicht gelungen; eine spontane Urinabgabe habe der Beschwerdeführer verweigert. Mithin habe das vorgesehene spontane Drogen-Screening nicht durchgeführt werden können. Betreffend Substanzgebrauch könne deshalb lediglich auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt werden. Das vorgängig angekündigte Urin-Drogen-Screening sei negativ ausgefallen. Allerdings bestehe beim ermittelten Kreatininwert (Urin) der Verdacht auf eine Urinverdünnung. Zudem habe der CDT-Wert im pathologisch erhöhten Bereich figuriert. Dies deute – entgegen den Angaben des Beschwerdeführers – auf eine Alkoholabhängigkeit hin. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer

seit der neurochirurgischen Intervention vom 13. November 2013 sowohl in der bisherigen als auch in einer adaptierten Tätigkeit insgesamt zu 30 % eingeschränkt (Urk. 7/131/62 ff., Urk. 7/131/73).

Im Rahmen der polydisziplinären Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, eine Tätigkeit als Gerüstbauer und Metzger sei dem Beschwerdeführer seit November 2013 nicht mehr zuzumuten. Hinsichtlich einer adaptierten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Schwerpunkt im Sitzen, ohne Belastungen des Rückens, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne repetitive Belastungen, ohne feinmotorisch anspruchsvolle Tätigkeiten, ohne grossen Leistungsdruck und mit vermehrtem Pausenbedarf bestehe seither eine 70%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/131/85 f.). 5. 5.1

Das polydisziplinäre Gutachten vom 6. September 2017 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten, den geklagten Beschwerden sowie gestützt auf eigene klinische Untersuchungen. Die Gutachter haben ihre Diagnosen und Schlussfolgerungen ausführlich und differenziert begründet und zu den Beurteilungen in den Vorakten einlässlich Stellung bezogen. Mithin genügt das Gutachten den an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage gestellten Anforderungen (vgl. E. 1.7), womit darauf angestellt werden kann.

5.2

In diagnostischer Hinsicht verblieb das Z.____-Gutachten unbestritten.

Festzuhalten

ist auch, dass die Gutachter betreffend den fraglichen Alkoholkonsum aus drücklich festhielten, es könne diesbezüglich lediglich auf die Angaben des Beschwerdeführers sowie auf die Vorakten abgestellt werden.

Gleichzeitig sei auf Grund des stark erhöhten CDT-Wertes – entgegen den Angaben des Beschwerdeführers – am ehesten von einer Alkoholabhängigkeit auszugehen (Urk. 7/131/64). Entsprechend hielten sie in diagnostischer Hinsicht «am ehesten psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (ICD-10: F10.24) und Cannabinoide, anamnestic Heroin i.v.-Konsum (ICD-10: F11.20) und Konsum von Cannabis (ICD-10: F12.20)» fest (Urk. 7/131/75) und begründeten die Gutachter ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit losgelöst vom (fraglichen) Alkoholkonsum (vgl. etwa Urk. 7/131/85). Weshalb die vorgesehene Blutentnahme zwecks Drogen-Screening scheiterte, ist dem Gutachten nicht zu entnehmen. Unbestritten ist jedenfalls, dass der Beschwerdeführer eine spontane

Urinabgabe verweigerte (Urk. 7/131/62) . Damit geht es nicht an , wenn er nunmehr rügt, die Beschwerdegegnerin habe in diesem Zusammenhang den Untersuchungsgrundsatz verletzt (Urk. 1 Ziff. 31) . Entgegen dem Beschwerdeführer (vgl. Urk. 1 Ziff. 8) war die Beschwerdegegnerin auch nicht dazu verpflichtet , eine überwachte Urinprobe anzuordnen. 5. 3

Im Zusammenhang mit der strittigen Arbeitsfähigkeit ist sodann

festzuhalten , dass die Z.____-Gutachter die funktionellen Auswirkungen anhand der rechtsprechungsgemäss anzuwendenden Standardindikatoren (vgl. E. 1.3) medizinisch schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt und

damit den normativen Vorgaben

Rechnung getragen haben .

Der psychiatrische Gutachter hob insbesondere hervor, der Beschwerdeführer habe bis zur neurochirurgischen Operation Ende 2013 über ansehnliche Ressourcen verfügt . So sei die Persönlichkeitsstörung seit seiner Kindheit vorbestehend und der Beschwerdeführer ungeachtet dessen in der Lage gewesen, sowohl im Lehr- als auch im Folgebetrieb über mehrere Jahre hinweg zu bestehen. Alsdann habe sich der Beschwerdeführer als selbständiger Pilzzüchter erfolgreich beruflich neuorientiert; die Pilze vertrieb er unter eigenem Markting auf dem (Engros -)Markt und in Restaurants. Ausserdem habe der Beschwerdeführer mehrjährige Frauenbeziehungen gepflegt und sei es ihm ohne Inanspruchnahme intensiver therapeutischer Massnahmen gelungen, von harten Drogen wegzukommen (vgl. Urk. 7/131/37 , Urk. 7/131/62, Urk. 7/131/76 ff., Urk. 7/131/81). Dem ist anzufügen, dass der Beschwerdeführer auch im Nachgang der Dekompensation Ende 2013/anfangs 2014 (Diskushernienoperation /Tuberkulosediagnose) - soweit ersichtlich – von harten Drogen abstinent blieb, seit 2015 in einer stabilen Partnerschaft lebt , über einen langjährigen Freundeskreis

verfügt , sich täglich mit den Nachbarn seiner Genossenschaftswohnung trifft inkl. gemeinsam eingenommener Mahlzeiten

(im Sommer gemeinsames Grillen, im Winter Essen im Gemeinschaftsraum),

verschiedentlich Hobbies (Musik hören, Romane, Fachliteratur und Zeitungen lesen, Töpfern, Gartenarbeiten) sowie

regelmässig Körperarbeit betreibt (zwei Mal wöchentlich Physiotherapie, tägliches Training mit dem Theraband , Spaziergänge, Schwimmbad) und bei all dem einem insoweit geordneten Tagesablauf nachgeht (vgl. Urk. 7/131/15, Urk. 7/131/48

ff., Urk. 7/131/61; vgl. auch Urk. 7/131/69 , wonach sich im Rahmen des Mini-ICF-Ratings nur leichtgradige

Einschränkungen im Bereich der familiären und intimen Beziehungsfähigkeit ergaben). Hervorzuheben ist auch, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten (verbale Impulsivität, paranoid-verzerrende Denk- und Reaktionsmuster) vornehmlich in spezifischen Situationen

manifestierten ; so etwa bei strukturierenden (Rück-)Fragen und/oder im Kontext belastender Themen (Urk. 7/131/62, Urk. 7/131/68). Darüber hinaus war der

Beschwerdeführer – selbst

in der potenziell psychisch belastenden und anspruchsvollen Explorationssituation - nach wie vor in der Lage, sich sozial- und situativ angemessen zu verhalten (vgl. Urk. 7/131/39, Urk. 7/131/58, wonach der Beschwerdeführer gutachterlicherseits als «kooperativ, freundlich» wahrgenommen wurde und ein emotionaler Rapport möglich war).

Bei all dem kam der psychiatrische Gutachter zum begründeten Schluss, sowohl die kombinierte Persönlichkeitsstörung als auch die depressive Störung seien leicht und die chronische Schmerzstörung leicht- bis mittelgradig ausgeprägt (Urk. 7/131/82).

Weshalb und inwiefern die Persönlichkeitsstörung seit 2014 zumindest mittelgradig ausgeprägt sein soll, vermochte der seit 2016 behandelnde Dr. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie,

in seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2018 demgegenüber nicht aufschlussreich zu begründen (Urk. 3/6) und leuchtet im Lichte der bisherigen Ausführungen auch nicht ein. Kommt hinzu, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten (SVR 2017 IV Nr. 49 [9C_338/2016] E. 5.5). Dr. A.____ bringt keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt (oder ungewürdigt) geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. auch Urteil BGer 9C_34/2019 vom 25. April 2019 E. 4.1). Seine Stellungnahme ist deshalb nicht geeignet, Zweifel an der Zuverlässigkeit der gutachterlichen Einschätzung zu wecken.

Zusammenfassend ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgeblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer jedenfalls seit November 2013 als Gerüstbauer (und Metzger) zu 100 % arbeitsunfähig

ist und in

einer näher umschriebenen - leidensangepassten Leistungsverweigerung eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen dieser anhaltenden Leistungseinbusse. 6

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