

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00905 vom 12. Juli 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-07-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00905

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00905 du 12 juillet 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00905 del 12 luglio 2019

Erwägungen

E. 1

Der 1973 geborene X.____, Vater eines Sohnes (Jahrgang 2000), ohne Berufsausbildung, arbeitete seit dem Jahr 2010 bis zu seiner

Kündigung durch den Arbeitgeber im Jahr 2013 im Service als Pizzaiolo und Hilfskoch (Urk.

7/17 und Urk. 7/25/1). Seit dem 1. Dezember 2013 bezog er Taggelder der Arbeitslosenversicherung. Am 9. Dezember 2013 erlitt er einen Treppensturz. Die Suva als zuständige Unfallversicherung erbrachte in der Folge die gesetzlichen Leistungen (Urk. 7/30/116). Am 7. April 2015 (Eingangsdatum) beantragte der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, den Bezug eines Hörgeräts beidseits (Urk. 7/8). Nach erfolgten Abklärungen erteilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Mitteilung vom 17. April 2015 die entsprechende Kostengutsprache (Urk. 7/14). Am 26. Oktober 2015 (Eingangsdatum) meldete er sich unter Hinweis auf eine seit dem 9. Dezember 2013 bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung zur beruflichen Integration bzw. zu

einem Rentenbezug an (Urk. 7/17). Nach einem Standortgespräch am 11. November 2015 zog die IV-Stelle zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zunächst Auszüge aus dem individuellen Konto (Urk.

7/26 und Urk. 7/27) sowie die Akten der SUVA bei (Urk. 7/28 und Urk. 7/30). In der Folge informierte die IV-Stelle den Versicherten mit Mitteilung vom 13. November 2015, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk.

7/29). Zudem holte die IV-Stelle Auskünfte bei der Arbeitslosenversicherung (Urk. 7/32) sowie den behandelnden Ärzten ein (Urk. 7/33 und Urk. 7/36). Nach der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom

E. 1.1

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

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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.

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

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

6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall 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. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches

gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK

1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenfalls 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.

E. 2

Der Versicherte erhob am 18. Oktober 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 18. September 2018 (Urk. 2) und beantragte, ihm sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die vorliegende Streitsache zu weiteren

Abklärungen zurückzuweisen, subeventualiter sei

die Beschwerdegegenstände

wenigstens zu verpflichten, Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (Urk. 1 und Urk. 3/1-3). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2018 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. November 2018 angezeigt wurde (Urk. 8).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dass ausweislich des polydisziplinären Gutachtens dem Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar sei. Anhand des Vergleichs des hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden und demjenigen mit gesundheitlicher Einschränkung ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 20 %.

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, neue diagnostische Aspekte hervorzubringen (Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, dass die Beschwerdegegnerin auf ein nicht schlüssiges und oberflächliches Gutachten abgestellt habe, obwohl seine behandelnden Ärzte nachvollziehbar hätten schildern können, dass er aufgrund der

psychischen Störungen arbeitsunfähig sei. Sollte wider Erwarten nicht auf die se Berichte der behandelnden Ärzte abgestellt werde n , sei aufgrund der oberflächlichen Begutachtung ein neues psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben , damit auch verlässliche Schlüsse zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden könnten. Durch die bisherigen Abklärungen habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt . Zudem liege noch kein definitiver Zustand vor, weshalb die Verfügung zu früh erlassen worden sei (Urk. 1). 3.

E. 3

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

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2018 im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 13. Dezember 2016 ab (Urk. 7/46). Darin werden die bis zur Begutachtung des Beschwerdeführers aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/43/4-9), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen.

E. 3.2

Dr. A.____ , Facharzt für Innere Medizin, Dr. B.____ , Facharzt für orthopädische Chirurgie, Dr. C.____ , Facharzt für Neurologie und Dr.

D.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , hielten im Y.____ -Gutachten vom 13. Dezember 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 7/46/42 -43): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Differenzialdiagnose: dissoziative Störung, gemischt (=Konversions störung) mit - rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig leichte Episode bei - hist ri oni sch und narzisstisch akzentuierte n P e rs ö nlichkeitszügen

Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie folgendes: - Restsymptome einer posttraumatischen Belastungsstörung anamne s tisch (Ängste vor Polizei) F43.1 - Probleme bei der kulturellen Eingewöhnung Z60.3 - Gonalgie links

- Ansatzendinopathie Achillessehne links bei - m uskulärer Dysbalance und Dekonditionierung mit Muskelverkürzung M. gastrocnemius - Plantarfasciitis links - ISG-Dysfunktion links - Penicillin-Allergie laut Akten - Chronische Kopfschmerzen, wahrscheinlich multifaktoriell - Differenzialdiagnose:

Medikamentenübergebrauchskopfschmerz - Inzidentelles, nicht eingeblutetes

Kavenom im Centrum se m iovale rechts (MRI 12/2013) - Schwerhörigkeit beidseits mit Ti n nitus

Dazu führten die Gutachter in der interdisziplinären Zusammenfassung

aus , dass sich aus internistischer Sicht keine Befunde mit Krankheitswert feststellen liessen (Urk.

7/46/43). Aus orthopädische r

Sicht

bestehe eine Ansatzentzündung der Achillessehne links bei muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung sowie Muskelverkürzung des Musculus

gastrocnemius. Weiter habe der Beschwerdeführer links nach der Kniegelenksdistorsion vom 9. Dezember 2013 immer noch über Knieschmerzen geklagt. Diesbezüglich sei der Verlauf trotz Durchführung adäquater konservativer Massnahmen therapierefraktär geblieben.
Pathomorphologisch

hätten die Beschwerden nicht auf ein objektives Korrelat zurückgeführt werden können. Klinisch habe sich im Bereich des linken Kniegelenks eine moderate Durchdringung über den medialen Kapselbandstrukturen sowie ein subjektiv angegebener Patellaschiebeschmerz ohne Hiesigkeit

Krepitationen gezeigt. Im Bereich des linken Fusses habe sich eine Durchschmerzhaftigkeit der distalen Achillessehne im Ansatzbereich am Calcaneus ohne relevante Verdickung oder gar Diskontinuität vorgefunden. Trotz dem nun fast dreijährigen Verlauf hätten sich keinerlei Schenungszeichen im Bereich der linken unteren Extremität finden lassen. Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass aus orthopädischer Sicht keine Einschränkung bestehe (Urk. 7/46/44). Aus neurologischer Sicht orientierten sie, dass die Kopfschmerzproblematik erwähnt werden könne. Diese sei akutenmässig wenig dokumentiert. Der Neurostatus sei unauffällig gewesen, weshalb deskriptiv von einem multilokulären Schmerzsyndrom mit zahlreichen Beschwerden an verschiedensten Orten des Körpers verschiedenster Intensität auszugehen sei. Die Kopfschmerzproblematik könne differentialdiagnostisch sicherlich im Rahmen eines Medikamentenübergebrauchskopfschmerzes oder auch im Rahmen der nicht-somatischen Problematik (psychosomatische Komponente) verstanden werden. Des Weiteren bestehe eine bilaterale Gehörsverminderung, wobei der Beschwerdeführer beidseits auch einen Tinnitus angegeben habe. Eine zentrale oder peripher-vestibuläre

Funktionsstörung habe diesbezüglich aber nicht objektiviert werden können. Beim beklagten Schwindel dürfe es sich eben falls um ein psychosomatisches Symptom handeln. Das im Jahr 2013 als Zufallsbefund mittels Magnetresonanztomographie

(MRI) des Neurokraniums
entdeckte

kleine Kavernom im Centrum semiovale rechts sei ein klinisch asymptomatischer Befund. Die anamnestisch nicht angegebene, erst bei der Testung festzustellende sensible Hemisymptomatik

betreffend den gesamten linken Hemisphären

sei als funktionell im Rahmen der linksbetonten Schmerzsymptomatik zu werten. Zudem ergäben sich diskrete Hinweise auf eine funktionelle Überlagerung, da z.B. der Finger-Nasen-Versuch links

repetitiv zielsicher mit Danebenzeigen demonstriert worden sei.

Zusammenfassend liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor und die Kopfschmerzen seien im Rahmen der psychiatrischen Problematik zu berücksichtigen (Urk. 7/46/44-45). Aus psychiatrischer

Sicht

fürten sie aus , dass der Beschwerdeführer aus eigenanamnetischen Angaben Angehöriger der kurdischen Minderheit sowie der alevitischen Religionsgemeinschaft sei. Er sei in einer Gegend in der Türkei aufgewachsen , die von den Auseinandersetzungen zwischen Kurden und Türken geprägt gewesen sei. Er habe Militärpräsenz und Misshandlungen von Angehörigen seiner Volksgemeinschaft und Familie miterleben müssen. Unter anderem seien auch sein Vater und sein Bruder von der Polizei bzw. dem Militär , festgenommen und gefoltert worden. Er selbst sei im Jahr 2005 in Polizeigewahrsam gekommen . Dort habe man ihn zwei bis drei Stunden fest gehalten und gefoltert . Er sei geschlagen worden und habe dabei Zahnverletzungen erlitten. Danach habe er zuerst nach Deutschland und dann in die Schweiz

geflüchten können . Aus der Kindheit bestünden jedoch keine neurotischen Brückensymptome. Der Beschwerdeführer habe seine familiäre Struktur als sehr gut erlebt. Nach der Zerstörung des Dorfs durch die türkische Armee habe er in Istanbul

gelebt , wo er in der Schule benachteiligt worden sei . Der heutige psychopathologische Befund zeige dominant ein psychosomatisches Geschehen. Der Beschwerdeführer

habe über multipelste und immer wieder wechselnde Beschwerden berichtet , die somatisch nicht erklärbar seien und die eindeutig für ein psychosomatisches Geschehen mit Magen- und Bauchschmerzen , Druck auf der Brust, Übelkeit und Erbrechen, Luftmangel, Schwindel und Schwindel, Zittern der linken Körperseite , Schwarzsehen und Blitze vor den Augen, einem beidseitigen Tinnitus, einem Globusgefühl, Herzstechen und Herzklopfen, Lärmempfindlichkeit, Parästhesien in den Händen und in den Füßen und Muskelkrämpfe sprächen. Weiter lasse sich eine leichte, anamnetisch auch dysphorische Depressivität feststellen , die der Beschwerdeführer selbst auf seine multiplen somatischen Beschwerden als Ursache zurückführe . Die depressive Symptomatik sei gegenwertig als leichtgradig einzustufen, allerdings sei in der Vergangenheit ein Suizidversuch erwähnt worden. Aktuell liessen sich keine eindeutigen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung mehr nachweisen. Der Beschwerdeführer habe unangenehme Träume , diese seien jedoch nicht spezifisch auf die berichtete Folterung oder auf sonstige soziale Schwierigkeiten als Kurde in der Türkei zurückzuführen oder mit diesen in Verbindung zu setzen . Ebenfalls bestünden

keine eindeutigen Flashbacks, lediglich noch eine Angst vor Polizei beamten. Auch eine Vermeidungshaltung fehle , da der Beschwerdeführer ohne Probleme in die Türkei reise , und es könne kein Arousal festgestellt werden . Die vegetativen Symptome seien eindeutig im Rahmen der psychosomatischen Entwicklung zu verstehen. Zudem enthalte die ICD 10 - Diagnose das Kriterium, wonach ein schwer traumatisierendes Ereignis vorliegen müsse, dass bei jeder Person eine gleiche oder ähnliche Reaktion ausgelöst hätte , dies sei aber ein Adäquanzkriterium und damit auch eine Frage der Rechtsprechung . In diesem Zusammenhang sei auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer bis 2013 mit seiner allfälligen posttraumatischen Belastungsstörung voll gearbeitet habe und die Tätigkeit nicht aus psychischer Sicht , sondern in Folge einer Traumatisierung am Knie aufgegeben habe . Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, die psychische Funktionsfähigkeit sei nur geringgradig eingeschränkt. Die Umstellfähigkeit und Flexibilität könne

infolge der psychischen Struktur bei einer narzisstisch und histrionisch akzentuierten

Persönlichkeit

erschwert

sein. Die Durchhaltefähigkeit werde durch die leichte depressive Symptomatik und vor allen Dingen durch die psychosomatische Problematik negativ tangiert. Eine voll schichtige Arbeitsunfähigkeit lasse sich aber nicht begründen (Urk. 7/46/45-46).

Die Gutachter beurteilten anschliessend

die Arbeitsfähigkeit gesamthaft unter Berücksichtigung aller Aspekte und hielten fest , dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Mitarbeiter in einem Restaurant, als

Pizzaiolo ,

aufgrund der psychiatrischen Faktoren zu 20 % eingeschränkt arbeitsfähig sei. Der Beschwerdeführer sei fest davon überzeugt, dass er erheblich krank sei und infolge seiner Beschwerden und Schmerzen nicht mehr arbeiten könne. Dies sei das Haupthindernis für seine gegenwärtige Nicht-Arbeitstätigkeit. Der Beschwerdeführer

habe die langjährige Arbeitstätigkeit als Pizzaiolo nach dem Bagatelltrauma vom 9.

Dezember 2013 niedergelegt . Gemäss den Akten sei es

nach diesem Sturz zu einer therapierefraktären Situation gekommen und dadurch zu einer psychosomatischen Entwicklung. In Kenntnis des gesamten Querverlaufs gingen die Gutachter davon aus, dass aus somatischer Sicht per Ende März 2014 die Arbeitsfähigkeit wieder erreicht worden sei und diese aus psychiatrischer Sicht zu diesem Zeitpunkt nicht eingeschränkt gewesen sei . Ab dem 15. Juni 2016 bis zum Datum des Gutachtens habe , wie von der Z.____ beurteilt, eine 100 %- ige Arbeitsunfähigkeit als Pizzaiolo bestanden . Dies gelte auch für sämtliche andere Tätigkeiten. Die fehlenden Schritte Richtung beruflicher Rehabilitation liessen sich auch durch soziale, IV-fremde Faktoren sowie die Mischung zwischen unbewusster Motivation und auch einem bewusst seinsnahen Agieren und Demonstrieren der vorhandenen somatischen Schmerzen erklären (Urk .

7/46/ 48-49) .

E. 3.3

Der Assistenzarzt Dr. med. Ph . D. E.____ und der Oberarzt Prof. Dr. med. Dr. phil. F.____ ,

Z.____ ,

berichteten

am 15. Juni 2017 , dass der Beschwerdeführer an schweren depressiven Episoden ohne psychotische Symptome (F.32.2) und an

einer posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide (7/58/2) . Er sei deswegen vom 19. Januar 2017 bis am 2

E. 3.4

Dr. med.

G.____

sowie die Psychologin M. Sc. H.____ , Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am I.____ ,

ergänzten am 19. Juli 2017, dass auch ein hochgradiger Verdacht auf eine bipolare affektive Störung (ICD 10: F31.3) bestehe. Der Beschwerdeführer sei weiterhin voll arbeitsunfähig (Urk.

7/59).

E. 3.5

Die Gutachter des

Y.____ nahmen am 13. September 2017

zu den beiden vorerwähnten

Berichten Stellung und

konstatierten, dass ihnen die diagnostischen Überlegungen der Z.____

aus den Berichten von 2015 und 2016 bekannt gewesen seien (Urk. 7/63/2). Sie seien mit der Diagnose einer grundsätzlich psychosomatischen Krankheit im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einverstanden. Symptome einer Panikstörung seien bei ihnen nicht berichtet worden. Es sei normalpsychologisch nachvollziehbar, dass sich eine depressive Symptomatik nach einem negativen IV-Entscheid nicht verbessere, sondern eher verschlechtere. Auf die Abhängigkeit der Stimmung von äusseren sozialen Faktoren sei hingewiesen worden. Weiter sei es nicht überraschend, dass dies bei einer histrionisch strukturierten Persönlichkeit entsprechend heftig ausfallen könne, da doch die Histrionie «la grande

imitatrice» zum Bereiche psychischer Symptome gehöre. Vor diesem Hintergrund seien auch der

Diagnoseschritt und die Diagnoseausweitung der Psychiatrischen Klinik mit einem Verdacht auf eine bipolare Störung am ehesten zu verstehen. Weder in der Anamnese noch in ihren Untersuchungen hätten sich irgendwelche Hinweise dafür ergeben (Urk.

7/63/3). In diesem Zusammenhang sei darauf hinzuweisen, dass die Aufgabe der beruflichen Tätigkeit nicht aus psychischen Gründen, sondern primär durch einen Sturz und eine Kniekontusion bedingt gewesen sei und der Beschwerdeführer bis 2013 mit dieser Symptomatik, die jetzt als manifeste posttraumatische Belastungsstörung beurteilt werde, vollschichtig gearbeitet und sozial funktioniert habe. Den genannten Berichten könnten keine neuen diagnostischen Aspekte entnommen werden. Es verbleibe der Eindruck, dass die psychosomatische Entwicklung mit multilokulärem Schmerzsyndrom beziehungsweise somatoformer Schmerzstörung bei einer Persönlichkeit mit histrionisch und narzisstisch akzentuierten Charakterzügen weiterhin anhaltend und dass die im Gutachten erwähnten IV-fremden Faktoren mit den Schwierigkeiten bei der beruflichen Integration weiterhin interferieren würden (Urk. 7/63/4). 3. 6

Frau

H.____ und Dr. G.____ hielten in ihrer Stellungnahme vom 22. November 2017 zum Y.____-Gutachten zuhanden der Anwältin des Beschwerdeführers folgende Diagnose fest (Urk. 7/78/3): - Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), chronisch, komplex - Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2) - Status nach Suizidversuch - Verdachtsdiagnose bipolar II Störung - Schwere Panikstörung (F41.01) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F.45.4)

Sie kritisierten, dass der Beschwerdeführer als kleines Kind unzählige traumatische Ereignisse erlebt habe. Er sei Zeuge eines Genozids geworden

und habe während der gesamten Kindheit öffentliche Folterungen als Zeuge miterlebt. Immer wieder sei es zu Bombenanschlägen gekommen und in den 90er-Jahren sei sein Dorf abgebrannt worden. Im Militär hätten ihn Kommandanten immer wieder blutig zusammengeschlagen und er habe miterlebt, wie seine Freunde vor seinen Augen umgekommen seien. Dies seien nur einige Ereignisse, welche bei jeder Person tiefgreifende Reaktionen auslösten. Der Beschwerdeführer erfülle daher die vollen Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung. Zudem zeige ihre klinische Erfahrung, dass ein Bagatellunfall sehr wohl eine psychische Störung auslösen könne. Psychische Störungen müssten vor dem Hintergrund des Diathese-Stress-Modells betrachtet werden. Sie würden davon ausgehen, dass bereits vor dem Unfall Symptome einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung vorhanden gewesen seien. Der Suizidversuch vor mehr als zehn Jahren zeige, dass psychische Auffälligkeiten im Vorfeld bestanden hätten (Urk. 7/78/2). Der Diagnose einer histrionisch strukturierten Persönlichkeit könnten sie sich nicht anschließen. Der Beschwerdeführer sei eher auf dem Hintergrund einer ängstlichen Persönlichkeit und einer subklinischen hypochondrischen Störung einzustufen. Insgesamt hätten die posttraumatischen Symptome durch die Therapie seit Klinikaustritt nicht reduziert

werden können. Die Leistungsfähigkeit sei weiterhin

stark eingeschränkt und der Beschwerdeführer sei voll arbeitsunfähig (Urk. 7/78/3). 3. 7

Im Bericht der Ärzte der Akut-Tagesklinik der Z.____

vom 20. März 2018 wurde eine rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F.33.2) und eine Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

genannt. Der Beschwerdeführer sei seit dem 3. Januar 2018 für jegliche Tätigkeit voll arbeitsunfähig. Unter psychotherapeutischer Behandlung habe sich eine Teilremission der depressiven Symptomatik

gezeigt (Urk. 7/89/4). Aufgrund der noch persistierenden akuten Symptomatik könnten sie die Prognose der Arbeitsfähigkeit sowie Zumutbarkeit einer anderen Arbeit nicht definitiv abschätzen. In der Krankheitsgeschichte seien mehrere krankheitsspezifische psychotherapeutische sowie medikamentöse Behandlungen zu eruieren, welche

bisher zu keinen relevanten und anhaltenden Besserungen der Symptomatik und der Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Deshalb sehe die Prognose hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit mässig bis schlecht aus (Urk.

7/89/5). 4. 4.1

Das Y.____-Gutachten vom 13. Dezember 2016 (Urk. 7/46) sowie die ergänzende Stellungnahme vom 13. September 2017 (Urk. 7/60) beruhen auf für die streitigen Belange umfassenden fachärztlichen Untersuchungen und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) verfasst (Urk. 7/46/4-9). Die vorhandenen Arztberichte wurden sorgfältig gewürdigt (7/46/ S. 16 f., S. 20 f., S. 24-28, S. 39-40, S. 51). Die Gutachter haben detaillierte Befunde und hieraus begründete Diagnosen erhoben, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten des

Beschwerdeführers ausführlich auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Das Gutachten der Y.____ erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.5). 4 .2

Der Beschwerdeführer kritisierte das Gutachten in verschiedener Hinsicht. So machte er unter anderem geltend, in Bezug auf den Gesundheitsschaden und die Arbeitsfähigkeit müsse auf die Einschätzungen von Dr. J.____ im Bericht vom 24. März 2016

(vgl. Urk. 7/33/1-23) und Dr. G.____

im Bericht vom 1. September 2015 (vgl. Urk. 7/33/18-22) und vom 15. Juni 2016 (vgl. Urk. 7/36) abgestellt werden. Gemäss

Dr. G.____

habe der Beschwerdeführer

vermutlich bereits bei der Einreise unter posttraumatischen Symptomen gelitten, sei jedoch im Alltag noch funktionsfähig gewesen, zumal im Familienbetrieb auf seine psychische Beeinträchtigung

keine Rücksicht genommen werden können. Des Weiteren seien die traumatischen Ereignisse von den Gutachtern gar nicht bzw. bloss oberflächlich aufgenommen worden (Urk. 1 S. 3 f.). Dem ist entgegenzuhalten, dass die Gutachter sämtliche von Dr. J.____ und Dr. G.____

erhobenen Befunde berücksichtigt haben

und in die Beurteilung einfließen liessen (Urk. 7/46/8-9, Urk. 7/46/39-40, Urk. 7/46/51). Der Umstand allein, dass behandelnde Fachärzte eine vom eingeholten Gutachten abweichende Meinung äussern, gibt nicht Anlass zu weiteren Abklärungen und vermag das Gutachten nicht in Frage

zu stellen; anders würde es sich dann verhalten, wenn die behandelnden Ärzte konkrete objektiv fassbare Aspekte

benannt hätten, die den ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen sie sich nicht befasst haben (vgl. Urteil U 58/06

des Bundesgerichts vom 2. August 2006 E. 2.2) – was vorliegend allerdings nicht der Fall ist. Im psychiatrischen Teilgutachten wurden die

belastenden Lebensumstände des Beschwerdeführers

ausführlich dargelegt (Urk. 7/31-32), wobei er dem psychiatrischen Teilgutachten

seine Kriegserlebnisse offenbar nicht mehr im gleichen Umfang wie seinen behandelnden Ärzten schilderte (Urk.

7/33/9 und Urk. 7/33/20-21).

In der interdisziplinären Zusammenfassung hielten die Gutachter fest, dass sie bezüglich der berichteten erlebten Festnahme und dem Geschlagenwerden, was dann zur Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der Vergangenheit geführt habe, auf die Angaben des Beschwerdeführers angewiesen seien. Dabei sei zu berücksichtigen, dass er

bis 2013 auch mit einer allfälligen Posttraumatischen Belastungsstörung immer gearbeitet und sozial offensichtlich funktioniert habe. Es bestehe deshalb zumindest der Verdacht einer bewussten Akzentuierung und Betonung dieses Problems (Urk. 7/46/ 47). Dem ist anzumerken, dass die Störung dem Trauma in Anbetracht der klinisch diagnostischen Leitlinien zur post traumatischen Belastungsstörung (vgl. Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H.

Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F 43.1 S. 208), mit einer Latenz folgt , die Wochen bis Monate dauern kann , jedoch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma.

Beim Beschwerdeführer wäre die allfällige Störung nach acht bis zehn Jahren oder je nach auslösendem Ereignis noch später aufgetreten , was vor dem erwähnten Hintergrund der Leitlinien und der Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers in der Schweiz bis 2013 nicht plausibel

und jedenfalls nicht überwiegend wahr scheinlich erscheint. Darüber hinaus wird im Gutachten detailliert und überzeugend dargelegt , dass auch die übrigen Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Flashbacks und Alpträume, die sich auf das traumatisierende Ereignis beziehen,

sowie eine konsequentes Vermeidungsverhalten (der Beschwerdeführer reise ohne weiteres in die Türkei) zum Zeitpunkt der Begutachtung gefehlt hätten (Urk. 7/46/ 35 ,

Urk. 7/46/ 37 und Urk. 7/46/ 46).

Ferner stellten die Gutachter

in der Untersuchung aufgrund des affektiven Befindens des Beschwerdeführers nur noch eine leichte , vorwiegend aktuell klagende , anamnestisch auch dysphorische Depressivität fest

(Urk. 7/46/ 33 -34 , Urk. 7/46/ 46 und Urk.

7/46/ 51) . Die Ausführungen von Dr.

J. ___ und Dr. G. ___ vermögen das Gutachten entsprechend vorliegend nicht entkräften. 4. 3

Der Beschwerdeführer brachte zudem vor , sein Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung verschlechtert , was vor allem dem Arztbericht vom 15. Juni 2017 (vgl. E. 3.3) mit Ergänzung vom 19. Juli 2017

(vgl. 3.4) zu entnehmen sei. Diese Verschlechterung sei aber von den Gutachtern in ihrer Stellungnahme nicht anerkannt worden (Urk. 1 S. 4-5). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers haben die Gutachter in ihrer Stellungnahme schlüssig darauf hingewiesen, es sei nachvollziehbar, dass sich eine depressive Symptomatik nach einem negativen IV-Entscheid nicht verbessere , sondern eher verschlechtere . Dass dies bei einer histrionisch strukturierten Persönlichkeit entsprechend heftig ausfallen könne, sei nicht überraschend

(Urk. 7/63/4 -5).

Darüber hinaus erscheint es wenig glaubhaft , wenn der Beschwerdeführer nach der Begutachtung plötzlich über Flashbacks berichtete (Urk. 7/58/3 und Urk. 7/89/3) – mithin

sie

in den vorerghangenen Arztberichten nicht erwähnt wurden . Des Weiteren erwähnte er hinsichtlich der traumatischen Ereignisse

erstmalig

auch die Anwesenheit bei einem Bombenanschlag im Sommer 2016 in Istanbul und den Tod seiner Cousine bei einem Anschlag im Dezember 2016 in Istanbul , wobei au s

dem Arztbericht der Z.____

nicht klar hervorgeht, ob d er Beschwerdeführer am Anschlag s ort überhaupt anwesend war . Bei der Begutachtung im Oktober 2016 machte er bezüglich des Bombenanschlags in Istanbul im Sommer 2016

keine klaren Angaben, sondern erzähnte nur diffus

bei der Befragung zu Phobien, dass er vor kurzer Zeit ein Attentat in der Türkei erlebt habe und dabei leicht

verletzt worden sei (Urk.

7/46/35). Zusätzlich fehlen allgemein konkrete und einheitliche Beschreibungen zu dem

Erlebnis . Insgesamt ist infolge der diverghierenden Aus sagen des Beschwerdeführers

nicht ersichtlich , welches Erlebnis nun ein belastendes Ereignis oder eine Situation ausserghewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentartigem Ausmass es

gewesen sein soll, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V [F] , 10. Auflage 2015, F 43.1 S. 207).

Bezüglich de s

ghäusserten Verdacht s

auf eine bipolar e affektive Störung (ICD 10: F31.3) im Schreiben vom 1 9. Juli 2017 (vgl. E. 3.4)

gilt es darauf hinzuweisen, dass dieser in sämtlich en nachfolgenden Arztberichten nicht hatte bestätigt wer den können. Durch die Äusserung einer Verdachtsdiagnose wird

der erforderliche Beweisgrad nicht erreicht, weshalb schon deshalb nicht vom Vorliegen einer bipolaren affektiven St örung ausgegangen werden kann . 4. 4

Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, dass Dr. G.____ in seiner Stellung nahme vom 2 2. November 2017 (vgl. E. 3.6) erläuterte, dass er die vollen Kriterien einer PTBS erfülle und der Bagatellfall geeignet sei , eine psychische Störung aus zulösen . Dabei werde von einer PTSD, delayed

specification gesprochen, welche bei einem Viertel von Kriegsveteranen vorliege (Urk. 1 S. 5 f.). Bezüglich de s Auf treten s der posttraumatischen Belastungsstörung mit mehrjähriger Verzögerung ist darauf hinzuweisen, dass solche raren Konstellationen aufgrund dessen, dass in der Invalidenversicherung zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangt wird, ausser Betracht bleiben müssen (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/20

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

März 2017 bei ihnen in stationärer Behandlung gewesen . Der Beschwerdeführer habe über seit zwei Monaten progrediente Niedergeschlagenheit, Antriebs-

und Freudlosigkeit, Konzentrationsstörungen, vermindertes Selbstwertgefühl, Selbstvorwürfe, Appetitverlust sowie Ein- und Durchschlafstörungen berichtet . Zudem habe er über intermittierende Intrusionen/Flashbacks an traumatisierende Ereignisse in der Türkei (Anwesenheit bei einem Bombenanschlag in Istanbul im Sommer 2016, Tod seiner Cousine im Rahmen eines Anschlags auf eine Istanbul Diskothek im Dezember 2016, Foltererfahrungen in der Jugend) , regelmässige intensive

Alpträume sowie eine erhöhte Schreckhaftigkeit geklagt . Darüber hinaus

belaste ihn seine gegenwärtige finanzielle Situation sehr . Unter der Behandlung habe die depressive Symptomatik innerhalb von vier Wochen eine deutliche Regredienz gezeigt.

Nach Teilermission der

Symptomatik sowie weiterhin bestehenden Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung sei eine traumata spezifische Behandlung empfohlen worden

(Urk. 7/58/3) . Vom 19.

Januar 2017 bis am 23. März 2017 sei der Beschwerdeführer voll arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund bestehender Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie der Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung sei unmittelbar nach der stationären Therapie eine Arbeit im angestammten Arbeitsumfeld des Beschwerdeführers aus ärztlich-psychiatrischer Sicht als nicht umsetzbar zu erachten. Bei gegebener adäquater tagesklinischer sowie ambulanter Weiterbehandlung bestehe die Möglichkeit, dass der

Beschwerdeführer in Abhängigkeit von seinem Zustandsbild seine Belastungen steuern könnte , jedoch nur, sofern die kognitiven Einschränkungen genügend remittieren .

Darüber hinaus bestehe aus psychiatrisch - ärztlicher Sicht die Notwendigkeit der Etablierung einer invalidenversicherungs gestützten

Massnahme , um eine mögliche Reintegration auf dem

ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen (Urk. 7/58/5).

E. 13

vom 26. Juni 2013 E. 4.1.3).

4. 5

Der Bericht von Dr. K.____ und Dr. L.____ vom 20. März 2018 (vgl. 3.7)

enthält keine neuen medizinischen Erkenntnisse , sondern hat weitgehend die vorhergehenden Diagnosen übernommen .

Im Gesamten

lässt dieser sowie die sämtlichen übrigen Arztberichte der behandelnden Ärzte die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 124 k 170 E.

4) zu Tage treten sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 4.6

Auch die am 12. Juni 2018

nachgezeichneten Arztberichte ändern nichts an der Beurteilung. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Kurzberichte der Notfallaufnahme des M.____

ohne Anamneseerhebung und Therapierung in Bezug auf die Grunderkrankung (Urk. 7/94/8-22) sowie die Meldung einer Verschlechterung des Gesundheitszustands von Frau H.____

vom 12. Juni 2018 ohne objektive Befunde und Ausführungen zur Einschätzung (Urk. 7/94/1-3) und einen Bericht der Physiotherapie vom 8. Juni 2018 (Urk. 7/94/4) sowie einen Bericht der N.____ vom 26. August 2015 mit den aus den im Gutachten berücksichtigten bekannten Diagnosen und Anamnesen (Urk. 7/94/5-6).

4.7

Zusammenfassend ist das Gutachten vom 13. Dezember 2016 voll beweiskräftig und hat sich der Gesundheitszustand seither nicht erheblich verschlechtert. Von weiteren Abklärungen, wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. 5. 5.1

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3, 142 V 342) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machten, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte «Foerster-Kriterien», vgl.

BGE

130 V 352, BGE 131 V 49 E. 1.2, je wiedergegeben BGE 139 V 547 E. 5 mit weiteren Hinweisen).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den

äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweibelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 142 V 106 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_676/2017 vom 28. Februar 2018 E. 6.3).

Gemäss BGE 143 V 418 (E. 7) sind neu sämtliche psychischen Leiden, laut BGE 143 V 409 (E. 4.5.2) namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). 5.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen sind im Regelfall Indikatoren beachtlich (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281), die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE

141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

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

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings

nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarer Weise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurück zu führen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE

141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2). 5.3

Unter dem Aspekt «funktioneller Schweregrad» ist in Betracht zu ziehen, dass die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde gering ist und bezogen auf den psychiatrischen Befund keine relevanten Einschränkungen zu nennen sind (Urk.

7/46/48).

Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft sind. Die Gutachter empfehlen die weitere Behandlung in der Psychiatrie des I.____. Dies wurde vom Beschwerdeführer auch so umgesetzt, wobei er sich zwischenzeitlich auch einer stationären Therapie sowie

einer ambulanten Therapie in der Z.____

unterzog (Urk. 7/58/2 und 7/89/2). Die Therapien führten jeweils zu einer

Teilremission der depressiven Symptomatik (vgl. E. 3.3 und 3.7). Damit ist ein gewisser Erfolg ersichtlich. 5.4

Zum Komplex « Persönlichkeit » ist auf die histrionisch narzisstisch akzentuierten Charakterzüge hinzuweisen, welche aber nur einen geringen Belastungsfaktor darstellen. Bezüglich des Komplexes « Sozialer Kontext » ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer mit seinem Sohn zusammenlebt, mit welchem er das Morgen- und Abendessen einnimmt, und dadurch eine gewisse Tagesstruktur aufrechterhält (Urk. 7/46/10 und Urk. 7/46/12). Zudem pflegt er regelmässigen Kontakt zu seinen Geschwistern (Urk. 7/46/31 und Urk. 7/46/45). Damit verfügt er doch über soziale Kontakte. 5.5

Hinsichtlich der « Konsistenz » ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer einerseits keinen geregelten Tagesablauf einzuhalten vermag. Er bleibe zuhause und habe keine Kraft und schlafe manchmal bis 14:00 Uhr. Manchmal habe er Arzttermine und manchmal komme auch seine Schwester vorbei und koche das Mittagessen. Nachmittags nehme er Termine wahr oder sei einfach zu Hause und schlafe. Er habe keine Lust auf Aktivitäten, gehe nicht spazieren und treffe keine Kollegen (Urk. 7/46/12).

Andererseits ist es ihm jedoch möglich, Termine und Arzttermine wahrzunehmen und sich zu pflegen sowie sauber zu kleiden (Urk. 7/46/33). Die Gutachter können auch keine Einschränkungen der Spontanaktivität, der Selbstpflege oder der Verkehrsfähigkeit postulieren (Urk. 7/46/49). Weiter lebt er zurückgezogen (Urk. 7/46/34), was aber im Widerspruch steht zum guten Kontakt zu seinen Geschwistern (Urk. 7/46/31),

den gelegentlichen Besuchen durch seine Schwester bei ihm zu Hause

(Urk. 7/46/12) sowie seinen Reisen in die Türkei (Urk. 7/46/45) . Diskrepanzen im Verhalten und den Aussagen des Beschwerdeführers zu seinem Gesundheitszustand ziehen sich

auch durch seine gesamte Krankheitsgeschichte. Der Beschwerdeführer arbeitete und funktionierte sozial bis 2013 mit einer allfälligen Posttraumatischen Belastungsstörung , womit der Verdacht einer bewussten Akzentuierung und Betonung dieses Problems besteht (vgl. E. 4.2). Hinzu

kommt, dass die Aussagen zum traumatischen Ereignis , welches geeignet ist , eine Posttraumatische Belastungsstörung auszulösen, von den Arztberichten zur Begutachtung (vgl.

E.

4.2) und nach der Begutachtung

divergieren

(vgl.

E.4.3).

Des Weiteren berichtete der Beschwerdeführer nach der Begutachtung bei den Arztbesuchen neu

über das noch geforderte

diagnostische Merkmal der Flashbacks (vgl. E. 4.3) . Auch die Aussage, früher sei alles gut gewesen, er habe gerne Sport getrieben und er sei nie depressiv oder anderweitig in seinem Affekt verändert gewesen (Urk. 7/46/34), steht wiederum im Gegensatz zur schwierig erlebten Kindheit und Jugend (Urk. 7/46/). Bezüglich der somatoformen Schmerzen liegt nach Ansicht der Gutachter eine Mischung zwischen unbewusster Motivation und auch einem bewusstseinsnahen Agieren und Demonstrieren der vorhandenen somatischen Beschwerden vor. Es ist nicht nachvollziehbar, dass keinerlei medizinischen Massnahmen zu einer Besserung der Beschwerden

führten , insbesondere auch die Knieinfiltration am linken Knie nicht . Auffällig sind zudem die fehlenden Schonungszeichen im Bereich der linken unteren Extremität. Die Muskeltrophik war ausgemessen symmetrisch, die Fussbeschwerdung

symmetrisch kräftig, was nicht mit einer bald dreijährigen Schonungshaltung in Einklang gebracht werden kann . Es muss davon ausgegangen

werden , dass die linke untere Extremität im Alltag gebraucht wird , trotz angegebenen starken Schmerzen (Urk. 7/ 47-48). 5.6

Nach dem Gesagten, sind gewisse leistungshindernde Belastungsfaktoren vorhanden. Der beweisrechtlich entscheidende Aspekt der Konsistenz fällt vorliegend jedoch massgeblich ins Gewicht. In der Gesamtwürdigung bildet sich aufgrund der

aufgezeigten widersprüchlichen subjektiven Angaben des Beschwerdeführers kein kohärentes Bild , worauf gestützt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen wäre , dass der Beschwerdeführer unter einer psychischen Störung mit Krankheitswert leidet , welcher invalisidierender Charakter zukäme. Damit hat es mit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im polydisziplinären Gutachten sein Bewenden und erfüllt der

Beschwerdeführer die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch nicht (vgl. E. 1.2). 6 .

Der Beschwerdeführer verlangt, dass die Beschwerdegegnerin zu verpflichten sei, Eingliederungsmassnahmen zu gewähren (Urk. 1 S. 7 f.). Zu einem allfälligen Anspruch auf berufliche Massnahmen hat die Beschwerdegegnerin jedoch keine Stellung genommen. Da der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung war , fehlt es vorliegend an einem Anfechtungsobjekt, womit insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist. 7 .

Die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtens. Dementsprechend ist die Beschwerde abzuweisen. 8 .

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen , soweit darauf einzutreten ist . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

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

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