

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00144 vom 10. Februar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00144

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00144 du 10 février 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00144 del 10 febbraio 2015

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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 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. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder

aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die Z.____-Gutachter hätten keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands seit der abweisenden Verfügung vom 10. Februar 2015 festgestellt. Rückblickend bestehe einzig eine andersartige Beurteilung der seinerzeitigen Situation, von der sich die heutige nicht wesentlich unterscheide (S. 1 unten). Rückblickend bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 20 % seit 2012 sowie eine Einschränkung von 100 % seit 2015 aufgrund körperlicher Beschwerden. In einer angepassten Tätigkeit bestehe hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 2 oben). Ein Einkommensvergleich, der sich zur Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens auf die LSE stütze, ergebe einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 23 % (S. 2 Mitte).

Zwar weise das Z.____-Gutachten teilweise leichte Mängel auf, doch habe der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) abweichend dazu eine ausführliche Stellungnahme unter Berücksichtigung aller Akten gemacht.

Berufliche Massnahmen seien zum jetzigen Zeitpunkt nicht angezeigt. Dass der Beschwerdeführer sich auf den Standpunkt stelle, er sei – wie ein Arbeitsversuch gezeigt habe – arbeitsunfähig, und eine Rente fordere, stehe im Widerspruch mit einer Arbeitsvermittlung. Wenn die Motivation vorhanden sei und sich der Beschwerdeführer arbeitsfähig fühle, könne eine Arbeitsvermittlung geprüft werden (S. 2 unten).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es sei eine wesentliche Veränderung eingetreten. So sei klar ersichtlich, dass mit einem zervikozephalen Schmerzsyndrom, einem lumbovertebralen Schmerzsyndrom und einer bestätigten posttraumatischen Belastungsstörung weitere Diagnosen dazu gekommen seien (S. 4 Mitte). Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus dem Jahre 2012 sei dabei nochmals bestätigt worden. Im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) bestehe eine degenerative Veränderung, welche durch die Arthrose sicherlich nicht begünstigt werde. Die Arthrose werde die Gesamtsituation weiter verschlechtern (S. 4 unten). Neu käme auch vermehrt Migräne hinzu (S. 5 oben).

Die Arbeitsversuche als Materialfahrer in einem Pensum von 30 % seien zudem gescheitert. Es könne also nicht davon ausgegangen werden, dass er eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 80 % ausüben könne. Vielmehr bestätige der Arbeitsversuch, dass er zu mindestens 70 %

arbeitsunfähig sei und folglich Anspruch auf eine ganze Rente habe. Trotz Scheitern der bisherigen Arbeitsversuche bestehe grundsätzlich die Bereitschaft, sich im Rahmen des Möglichen ins Erwerbsleben zu integrieren. Insofern könne grundsätzlich ein Eingliederungsversuch unternommen werden. Hierauf habe er Anspruch, wenn seinem Begehren um eine Rente nicht stattgegeben werde (S. 5 Mitte).

Den Subeventualantrag auf weitere Abklärungen begründete der Beschwerdeführer mit einer Stellungnahme des Zentrums A.____, gemäss welcher das Z.____-Gutachten in der Diagnosestellung falsch sowie in der Beschwerdeaufnahme fahrlässig unvollständig sei und die Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden könnten (S. 5 f.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Abweisung des ersten Leistungsgesuchs im Februar 2015 wesentlich verändert hat und ob nunmehr ein Rentenanspruch oder ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht.

3. 3.1

Der Verfügung vom 10. Februar 2015 (Urk. 6/112) lagen in erster Linie folgende Berichte zugrunde: 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 3. Mai 2012 (Urk. 6/13) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - lumbovertebrales Syndrom (LVS) mit pseudoradikulärer Ausstrahlung, beidseitig - Morbus Aaquin

Er behandle den Beschwerdeführer seit dem 15. Februar 2012 (S. 1 Ziff. 1.2). Das LVS bestehe seit Jahren. In den letzten Monaten habe es eine Zunahme der Beschwerden gegeben, es bestünden belastungsabhängige Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine (S. 2 Ziff. 1.4). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum A.____, nannte im Bericht vom 25. Mai

2012 (Urk. 6/21/5-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 oben): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Der Patient klagte, seit plötzlich einschliessenden Schmerzen und Blockaden am 16. Februar 2012,

über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule (LWS), ausstrahlend in beide Beine, und über Schmerzen in beiden Knien. Es bestünden eine deutlich erhöhte Nervosität, Aggressionen, Schlafstörungen (Durchschlaf 3 Stunden), Appetitverminderung (6 kg), Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit. Darüber hinaus gebe es eine Kriegserfahrung im 20. Lebensjahr des Patienten, Flash-backs, Vermeidungsverhalten von Intrusionen (Tagesschau führe zu Flash-backs), Hyperarousal (Herzrasen, Schwitzen, Zittern). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 16. Februar 2012 (S. 1 Mitte). 3.4

Die Ärzte der Rheumapoliklinik des Universitätsspitals D.____ nannten im Bericht vom 14. Juni 2012 (Urk. 6/21/9-11) folgende, hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1):

- rechtsbetontes lumbospondylogenes Syndrom, Erstmanifestation

2007 - Periarthropathia

genu beidseitig, rechtsbetont, Erstmanifestation zirka 2009 - depressive Verstimmung - Verdacht auf Migräne

Es bestehe ein lumbospondylogenes Syndrom, wobei aktuell eine bilaterale rechtsbetonte Sakroiliakalgelenk (SIG) -Dysfunktion im Vordergrund stehe bei einer

Hyperlordosierung der Lendenwirbelsäule (LWS), einem Sacrum

acutum sowie muskulärer Dysbalance der vorderen und hinteren Oberschenkelmuskulatur. Dabei begünstige die berufsbedingte grosse körperliche Belastung als Maurer die Persistenz der aktuellen Beschwerden. Hinweise für eine lumbosakrale Neurokompression hätten sich weder in den klinischen noch in den radiologischen Untersuchungen ergeben. Des Weiteren bestehe eine beidseitige Periarthropathia

gen u bei beginnender medialbetonter Gonarthrose und ungenügender muskulärer Patellaführung (S. 2 unten). 3.5

Die Ärzte des A.____ (vorstehend E. 3.3) nannten im Bericht vom 25. Januar 2013 zur interdisziplinären Schmerzbehandlung (Urk. 6/32 = Urk. 6/43/1-6) folgende, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen (S. 1): - Knieschmerzen beidseitig - lumbovertebrales Schmerzsyndrom - mittelgradige depressive Episode (F32.1) - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht bestehe vor allem eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Nicht geeignet sei der Patient für Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten, für wirbelsäulebelastende Tätigkeiten in Zwangshaltungen, für lang andauerndes reines Stehen insbesondere in vorn Übergeneigter Körperhaltung, für Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie für Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich. Zumutbar erschienen körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten. In einer solchen angepassten Tätigkeit sei der Patient aus somatischer Sicht zu 30 % arbeitsfähig (S. 5 unten). Aus psychiatrischer Sicht bestehe aber eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 6 Mitte). 3.6

Med. pract. E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, berichtete am 8. Mai 2013 (Urk. 6/37) über die orthopädische Untersuchung vom 18. April 2012 (richtig: 2013). Diagnosen nannte sie weder solche mit noch solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 8). Im Wesentlichen könne der Befund, wie er im Bericht des D.____ vom 14. Juni 2012 (vorstehend E. 3.4) dokumentiert sei, nachvollzogen werden. Es hätten erneut keine wesentliche Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule oder Hinweise auf Nervenwurzelreizungen bestanden. Die vom Beschwerdeführer als regelmässige Medikation angegebenen Schmerzmittel und Antidepressiva hätten sodann nicht nachgewiesen werden können (S. 7 Ziff. 9). In seiner bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter und für jegliche andere Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt bestehe aus somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 8 Ziff. 10). 3.7

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, berichtete am 14. Mai 2013 (Urk. 6/39) über die psychiatrische Untersuchung vom 18. April 2013. Er nannte folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 9,

S. 7 Ziff. 11): - posttraumatische Belastungsstörung (F32.1) - mittelgradige depressive Episode (F32.1)

In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Zu diskutieren sei ein vorsichtiger Aufbau der Arbeitsfähigkeit nach Massgabe durch den Behandler. Die angepasste Tätigkeit sollte eine einfache strukturierte Tätigkeit ohne permanenten Zeit- und Termindruck sein, wenig soziale Kontakte und keine besonderen Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen beinhalten, mit wohlwollendem Arbeitgeber und ebensolcher Atmosphäre (S. 6 Ziff. 10, S. 7 Ziff. 11).

In der RAD-Stellungnahme vom 3. Mai 2013 (Urk. 6/88 S. 3 f.) hatte Dr. F.____ ausgeführt, in der interdisziplinären Diskussion mit Dr. E.____ (vorstehend E. 3.6) hätten sich gewisse Diskrepanzen gezeigt. So sei der Versicherte in deren Untersuchung nicht als depressiv aufgefallen und die labormässig nachgewiesene medikamentöse Malcompliance könne ein weiterer Hinweis für möglicherweise doch vorhandene Simulation/Aggravation sein. Aufgrund der erschwerten sprachlichen Verständigung sei die versicherungsmedizinische Beurteilbarkeit limitiert (S. 4 oben). 3.

E. 5

) die Abweisung der Beschwerde.

E. 5.1

In somatischer Hinsicht erblickte Dr. S.____ seitens des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) in den degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule und in der Tatsache, dass es bei beiden Knien zu einer Teilmeniskektomie kam, eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit 2015 (vorstehend E. 4.7). Diese Einschätzung vermag jedoch nicht zu überzeugen, zumal sich Beschwerden in der Lendenwirbelsäule und in den Knien bereits aus den Berichten aus dem Jahr 2012 ergeben (lumbovertebrales Syndrom, Periarthropathia

genu beidseits; vgl. vorstehend E. 3.2, E. 3.4-3.5).

Ebenso gehen die von Dr. S.____

genannten Beschwerden aus dem MEDAS-Gutachten von 2014 hervor, auch wenn sie nicht zu den Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gezählt wurden. So wurden unter anderem rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei radiologisch ausgewiesenen beginnenden degenerativen Veränderungen an den Facettengelenken und eine Dehydrierung der unteren zwei Bandscheiben lumbal sowie rezidivierende Beschwerden der Kniegelenke diagnostiziert (vgl. vorstehend E. 3.10).

Im Gegensatz zu Dr. S.____ ist Z.____ -Gutachter Dr. R.____

sodann Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. Sein orthopädisches Teilgutachten (vorstehend E. 4.6) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet. Es ist somit beweiskräftig (vgl. vorstehend E. 1.7), weshalb darauf abgestellt werden kann. Dr. R.____ nahm explizit Bezug auf die erfolgten MRI-Untersuchungen der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks in den Jahren 2015 und 2017 und verneinte eine wesentliche

Befundänderung. Dass er auf die im MRI von 2017 festgestellte Osteochondrose nicht explizit Bezug nahm, fällt nicht ins Gewicht, nachdem auch Dr. S.____

diese nur als «leicht aktiviert» bezeichnet hatte und bereits im Gutachten von 2014 beginnende degenerative Veränderungen lumbal erwähnt worden waren (E.

3.10). Schlüssig legte Dr. R.____

sodann dar, inwiefern die – ohnehin nicht im Vordergrund stehenden - Kniebeschwerden nicht objektivierbar seien .

Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands in somatischer Hinsicht findet auch in den Berichten des A.____ keine Grundlage. Im Bericht vom März 2018 (vorstehend E. 4.8) wurde lediglich festgehalten, die bisherigen Behandlungen hätten zu keiner wesentlichen Besserung der Beschwerden geführt. Indes beziferten die Ärzte des A.____ die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit im Jahr 2013 aus somatischer Sicht noch mit 30 % (vorstehend E. 3.5), im Jahr 2018 hingegen mit 50 % , was an sich sogar auf eine Verbesserung in somatischer Hinsicht schliessen liesse . Gegen eine Verschlechterung spricht sodann die Aussage, der Beschwerdeführer sei (gemeint wohl: in der angestammten Tätigkeit) bereits seit 2012 aufgrund von Beschwerden in der Lendenwirbelsäule, der Halswirbelsäule und Knieschmerzen zu 100 % arbeitsunfähig . Dass bereits im Jahr 2012 signifikante Rückenbeschwerden sowie Kniebeschwerden bestanden, belegen auch die Berichte von Dr. B.____ vom Mai 2012 (vorstehend E. 3.2) und der Bericht der Ärzte der Rheumapoliklinik des D.____ vom Juni 2012 (vorstehend E. 3.4).

Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands in somatischer Hinsicht kann somit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden.

E. 5.2

In psychischer Hinsicht standen sich bereits bei Erlass der renten abweisenden Verfügung vom Februar 2015 stark divergierende Beurteilungen des psychiatrischen MEDAS-Teilgutachters einerseits und der behandelnden Ärzte sowie des untersuchenden Arztes des RAD andererseits gegenüber. Ersterer stellte keine psychiatrischen Diagnosen und hielt fest, die subjektiven unspezifischen Defizite beruhten vorwiegend auf psychosozialen Faktoren (vorstehend E. 3.10). Demgegenüber diagnostizierten letztere übereinstimmend eine posttraumatische Belastungsstörung und eine mittelgradige depressive Episode, wobei auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung genannt wurden (vorstehend E. 3.3, E. 3.5, E. 3.7, E. 3.8, E. 3.9).

Ähnlich präsentierte sich die Ausgangslage im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom Januar 2019. Während der psychiatrische MEDAS-Gutachter eine

unklare psychische Störung diagnostizierte (vorstehend E. 4.6), gingen die behandelnden Ärzte mehr oder weniger unverändert vom Bestehen einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung und einer mittelgradigen depressiven Episode aus (vorstehend E. 4.3, E. 4.4, E. 4.8). Zumindest im Sinne einer Differentialdiagnose schloss sich auch Dr. S.____

(RAD) der Diagnose einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung an (vorstehend E. 4.7), ohne den Beschwerdeführer jedoch selber untersucht zu haben.

Diagnostisch ist demgemäss eine bereits seit 2015 bestehende Diskrepanz zwischen den Einschätzungen der jeweiligen MEDAS-Gutachter und denjenigen der behandelnden Ärzte festzustellen. Während letztere dabei relativ konstant von gleich bleibenden Diagnosen ausgingen, waren sich die MEDAS-Gutachter 2015 und 2018 in ihren hiervon abweichenden diagnostischen Einschätzungen nicht einig.

Entscheidend ist jedoch, dass alle aktuellen Beurteilungen übereinstimmend davon ausgehen, dass sich der Gesundheitszustand seit 2015 nicht wesentlich verändert hat. So sprach der psychiatrische Z.____-Teilgutachter den psychischen Beschwerden im Gegensatz zum Vorgutachter zwar Krankheitswert zu und attestierte eine Abnahme der psychomentalen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit um 20 %. Es gebe aber keine Hinweise dafür, dass sich die psychische Situation seit dem Vorgutachten verändert habe. Schon damals habe sich die Arbeitsfähigkeit richtigerweise ungefähr in derselben Grössenordnung bewegt.

Folgerichtig stellten die Z.____-Gutachter fest, es handle sich um einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand, der nun anders beurteilt werde.

Betreffend die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung hielten die Ärzte des Sanatoriums N.____

fest, die Ehefrau des Beschwerdeführers habe eine deutliche Wesensveränderung bei diesem bereits nach Ende des Jugoslawien-Kriegs bestätigt (vorstehend E. 4.3). Dass die posttraumatischen Belastungssymptome und eine Persönlichkeitsveränderung seit dem Krieg in Kroatien bereits vor der depressiven Störung, welche seinerseits ab 2012 zum Ausdruck gekommen sei, bestanden hätten, berichteten auch die Ärzte des A.____ im März 2018 (vorstehend E. 4.8). Dr. G.____ hatte seinerseits schon im September 2

E. 5.3

In Bezug auf die vom Beschwerdeführer beantragte Rückweisung zur Durchführung weiterer Abklärungen (vgl. Urk. 1) bleibt festzuhalten, dass - angesichts der bisherigen umfassenden medizinischen Aktenlage - nicht davon auszugehen ist, dass weitere Abklärungen neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falles entscheidende Erkenntnisse liefern könnten. Auf weitere Abklärungen ist demnach im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d).

5.4

Nachdem weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes vorliegt, fehlt es an einem Revisionsgrund (vgl. vorstehend E. 1.4). Demnach besteht weiterhin kein Anspruch auf eine Rente, was zur Abweisung der Beschwerde in diesem Punkt führt.

Der Beschwerdeführer beantragte eventualiter die berufliche Eingliederungsmassnahme der Arbeitsvermittlung (vorstehend E. 2.2). Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) sprach sich über berufliche Eingliederungsmassnahmen aus, womit diese Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bilden und nachstehend zu prüfen sind. 6.6.1

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Art. 8 Abs. 3 IVG in medizinischen Massnahmen (lit . a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit . a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit . b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit . d).

6.2

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG).

Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art.

E. 8

Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, A.____ (vorstehend E. 3.3), führte im Bericht vom 10. Juni 2013 (Urk. 6/43 /7-10) aus, der Patient habe sich vom 29. August bis am 25. Oktober 2012 für 8 Wochen in tagesklinische Betreuung begeben und werde weiterhin ambulant betreut (S. 1 oben). Insgesamt habe sich der Zustand durch die tagesklinische Behandlung mittelmässig verbessert. Prognostisch günstig sei die hohe Motivation des Patienten, ungünstig die deutliche Chronifizierung des Zustandes (S. 3 Ziff. 6). Der Patient sei in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 7).

Im Bericht vom 25. Juli 2013 (Urk. 6/51/5-8) führten die Ärzte des A.____ sodann aus, die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage 80 % (S. 3 Ziff. 1.6). 3.

E. 9

Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 2. September 2013 (Urk. 6/54 = Urk. 6/52+53) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 5. November 2012 (Ziff. 1.2). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) nannte er eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung im Sinne einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung (Kriegsereignisse in Kroatien) mit anhaltender Depressivität, Somatisierung, Impulsivität und dissoziativen Phänomenen (F62/F32.1/

F43.1/F45.4). Die Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter betrage 100 % (Ziff. 1.6). Eine Umschulung sei die einzige Alternative, um die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wiederzuerlangen (Ziff. 1.7). 3.10

Am 19. Juni 2014 erstatten Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. K.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Medizinische Abklausurstelle (MEDAS) Y.____, ihr interdisziplinäres Gutachten (Urk. 6/81).

Im psychiatrischen Teilgutachten (S. 18-25) nannte Dr. H.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

nannte er eine Persönlichkeitsakzentuierung, psychosoziale Belastungen, Z73.1 (S. 24 unten). Es ergäben sich keine Hinweise für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Dagegen spreche die lange Latenzzeit der Entwicklung der berichteten Beschwerden und die Tatsache, dass der Versicherte seinen Militärdienst freiwillig um 6 Jahre verlängert habe. Er selbst gebe an, damals zu keinem Zeitpunkt unter den Ereignissen während seiner Militär- und Polizeizeit gelitten zu haben. Die berichteten Beschwerden seien erst aufgetreten, nachdem er von seinen serbischen Kollegen gehänselt und teilweise auch wegen seiner Vergangenheit missachtet worden sei. Es bestehe eine Persönlichkeitsakzentuierung mit narzisstischen, jedoch auch vermeidenden Tendenzen und ein autoritäres Verhalten sowie eine emotionale Instabilität, welche sich in Konfliktsituationen präsentiere. Auch eine depressive Symptomatik oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liessen sich nicht feststellen. Erkennbar sei jedoch, dass er sich durch die Probleme am letzten Arbeitsplatz, speziell wegen der Kränkung durch seine Kollegen, noch heute belastet fühle. Mit einer Erkrankung und der Arbeitsunfähigkeit, die möglicherweise ursprünglich einen organischen Hintergrund gehabt habe, habe er sich dieser unliebsamen Begegnung entziehen können. Durch eine intensive ärztliche Behandlung sei das Krankheitsgefühl weiter verstärkt und verfestigt worden (S. 23 Mitte). Die vom Versicherten berichtete Gereiztheit und Aggressivität werde durch seine allgemeine Unzufriedenheit, den beruflich-sozialen Abstieg und die ehelichen, familiären Probleme weiter genährt. Insgesamt ergebe sie eine besonders ungünstige psychosoziale Konstellation. Versicherungsmedizinisch seien die berichteten subjektiven unspezifischen Defizite, welche vorwiegend auf psychosozialen Faktoren beruhten, nicht relevant. Der Versicherte sei aus rein psychiatrischer Sicht in der Lage, sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit vollumfänglich zu arbeiten. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 100 % (S. 24 oben; vgl. auch S. 25 oben).

Im orthopädischen Teilgutachten (S. 30-35) nannte Dr. K.____ keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (S. 34 unten): - rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz und muskulären Dysbalancen. Radiologisch zeigten sich beginnende degenerative Veränderungen an den Facettengelenken und eine Dehydrierung der unteren zwei Bandscheiben lumbal. Kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit. Beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen - anamnestisch rezidivierende Beschwerden der Kniegelenke ohne klinisches Korrelat - Ausschluss einer rheumatischen Erkrankung im Unispital D.____ in der Abteilung für Rheumatologie - Dekonditionierung - beginnende stammbetonte Adipositas mit negativen funktionellen Aspekten für die Beschwerden lumbal

Der Versicherte könne durchschnittlich mittelschwere und gelegentlich auch schwere Tätigkeiten im vollen Umfang verrichten (S. 34 Mitte). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter betrage 100 % (S. 35 oben).

Weder im allgemein-internistischen (S. 35-37) noch im neurologischen (S. 38-43) Teilgutachten wurden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt.

Auch in der interdisziplinären Beurteilung (S. 25-27) kamen die Gutachter zum Schluss, dass in keinem Fachgebiet namhafte Befunde objektiv nachgewiesen worden seien, um die vom Versicherten beschriebene Arbeitsunfähigkeit plausibel zu begründen (S. 27 Mitte).

Dr. G.____ (vorstehend E. 3.9) führte in seiner Stellungnahme vom 11. September 2014 (Urk. 6/99 = Urk. 6/100 = Urk. 6/104) aus, die Symptome einer post traumatischen Belastungsstörung seien durchaus vorhanden. Betreffend die im Gutachten (vorstehend E. 3.10) angeführte lange Latenzzeit werde davon ausgegangen, dass die besagte Störung seit Jahren existiert habe und nicht diagnostiziert beziehungsweise korrekt behandelt worden sei. Des Weiteren sei die «Militärkarriere» des Versicherten gemäss dessen Angaben nur unter hoch dosierten Tranquilizern möglich gewesen (S. 2 lit . a). 4.

4.1

Dr. med. L.____ , Fachärztin für Radiologie, berichtete am 26. März 2015 (Urk. 6/144/13) über das gleichentags durchgeführte MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Iliosakralgelenks (ISG). Sie hielt fest, es bestünde eine progrediente erosive Osteochondrose zwischen dem vierten und fünften Lendenwirbel (LWK 4/5), eine vorbestehende Osteochondrose zwischen dem fünften Lendenwirbel und dem Kreuzbein (LWK 5/SWK 1) sowie Diskusprotrusionen auf beiden Höhen ohne Hinweis auf Wurzelaffektionen oder Spinalkanalstenose. Die übrigen Strukturen seien regelrecht. 4.2

Dr. med. M.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 13. Dezember

2016 (Urk. 6/123/8-9) zur gleichentags durchgeführten Operation aus, der Patient habe eine mittels Magnetresonanztomographie (MRI) abgeklärte beidseitige zerfetzte mediale Meniskushinterhornläsion mit absolut passender Klinik. Die Operation habe eine Kniegelenks-Arthroskopie beidseits und eine Teilmenisektomie des medialen Hinterhorns beidseits umfasst (S. 1 oben). 4.3

Die Ärzte des Sanatoriums N.____ nannten im Austrittsbericht vom 29. Juni 2017 (Urk. 6/123/ 3-4) nach der zweiten stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 17. Mai bis 14. Juni 2017 folgende psychiatrischen Diagnosen (S. 1 oben): - posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) - andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) - mittelgradige depressive Episode (F32.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

Der erste Aufenthalt habe vom 30. März bis zum 11.

April

2017 gedauert (Urk.

6/123/3 unten). Der Patient sei freiwillig im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung zur weiteren Abklärung und Anpassung der Psychopharmakotherapie eingetreten. Bei Eintritt habe sich ein stark misstrauischer, unruhiger, depressiver und affektstarrer Patient mit starken Insuffizienzgefühlen gezeigt. Zusätzlich habe er über Intrusionen bezüglich seiner traumatischen Erlebnisse als Polizist in Kroatien sowie über Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Nach einer teilweisen Verbesserung sei er dann für einen Aufenthalt vorläufig ausgetreten (Austrittsbericht vom 20. April 2017, Urk. 6/123/5-6, S. 1 unten).

Im Austrittsbericht vom 29. Juni 2017 (Urk. 6/123/3-4) wurde festgehalten, anlässlich des CAPS-Interviews habe er sehr offen über seine Kriegserlebnisse berichtet und alle Kriterien deutlich erfüllt. Zudem habe auch seine Ehefrau in einem Telefongespräch eine deutliche Wesensveränderung beim Patienten nach Ende des Jugoslawien-Krieges bestätigt

(S. 1 f.). Die posttraumatische Belastungsstörung wirke sich deutlich auf die Alltagsgestaltung und auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 2 unten). 4. 4

Dr. G.____

nannte in seinem Bericht vom 29. Juni 2017 (Urk. 6/123/7) die selben Diagnosen wie im Bericht vom 2. September 2013 (vorstehend E. 3.9). Der Patient befinde sich seit dem 5. November 2012 in engmaschiger wöchentlicher bis vierzehntägiger ambulanter Therapie mit Psychopharmaka-Optimierung. Es sei aktuell und nach wie vor von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. 4.5

Dr. L.____ (vorstehend E. 4.1) berichtete am 28. August 2017 (Urk. 6/144/12) über das gleichentags durchgeführte MRI der LWS und des ISG. Sie hielt fest, es bestünden eine progrediente erosive Osteochondrose L4-S1 und konstante leicht gradige Foraminalstenosen L5/S1 links und L4/5 rechts mit möglicher Tangierung der Wurzel L5 links und L4 rechts. Im Liegen gebe es keine Wurzelkompressionen und keine Spinalkanalstenose. 4.6

Am 9. Februar 2018 erstatteten Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. Q.____, Facharzt für Neurologie, sowie Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Z.____, ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 6/143).

Im psychiatrischen Teilgutachten (S. 23-35) nannte Dr. O.____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30 Ziff. 4) eine unklare psychische Störung (F99). Der Versicherte habe von psychischen Beschwerden, Erlebnissen und Phänomenen berichtet, die nicht unter einem spezifischen Syndrom oder gar einer konkreten Diagnose subsumiert werden könnten. Die diagnostischen Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nicht erfüllt. Zwar beschreibe er Gedanken an den früheren Jugoslawien-Krieg, an dem er auch aktiv beteiligt gewesen sei. Es handle sich aber nicht um Intrusionen im engeren Sinne, da es sich nicht um tatsächlich erlebte traumatische Erlebnisse handle. Entsprechende Alpträume würden ebenfalls nicht angegeben. Eine erhöhte Schreckhaftigkeit oder sonstige Zeichen für ein Hyperarousal seien nicht zu eruieren, allenfalls eine erhöhte Reizbarkeit. Auch sei keine emotionale Taubheit feststellbar. Zu typischen Flashbacks mit subjektivem Wiedererleben von belastenden Situationen aus dem Krieg komme es nicht. Seinen Militärdienst habe er gemäss früherem Gutachten freiwillig um sechs Jahre verlängert, ausserdem berichte er, dass es ihm besser gegangen sei, als er letztes Jahr in Kroatien seine früheren Kameraden getroffen habe (kein Vermeidungsverhalten). Er sei auch weiterhin an politischen Themen interessiert.

Dennoch besässen seine belastenden Gedanken Krankheitswert, da er unter ihnen leide. Das Gleiche gelte für seine paranoid gefärbten Ängste, die ebenfalls keine spezifische diagnostische Zuordnung erlaubten. Im Übrigen seien die Kriterien für eine Depression nicht erfüllt. Zwar seien die Gedanken des Versicherten etwas eingeeengt, es komme zu Ängsten und Sorgen in Bezug auf die Zukunft und es bestehe ein gewisser sozialer Rückzug. Dennoch sprächen der Gesamteindruck, die noch vorhandenen Interessen sowie seine Bereitschaft für eine berufliche Massnahme und gar für ein Pensum von 100 % in einer angepassten Tätigkeit gegen das Vorliegen einer Depression. Zusammenfassend müsse den glaubhaft anmutenden Beschwerden des Versicherten auf psychischer Ebene durchaus Rechnung getragen werden. Sie besässen eindeutig Krankheitswert, liessen sich

aber nicht unter einem spezifischen Syndrom subsumieren. Die wiederholte Beschäftigung mit den früheren belastenden Themen und seine auch an einem Arbeitsplatz latent vorhandenen paranoid gefärbten Gedanken und Ängste führten durchaus zu einer Abnahme der psychomentalen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit, die aber allenfalls auf 20 % taxiert werde. Auf psychiatrischem Gebiet liege somit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vor (S. 30 f. Ziff. 5).

Diese Arbeitsfähigkeit gelte in der letzten Tätigkeit als Maurer und in einer Verweistätigkeit. Dabei handle es sich um das mögliche Rendement und nicht um die zeitlich zumutbare Leistung (S. 33 unten).

Die Einschätzung im MEDAS-Gutachten aus dem Jahre 2014 (vorstehend E. 3.10), dass keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit vorliege, könne nicht bestätigt werden. Bei der dort genannten Persönlichkeitsakzentuierung und den psychosozialen Belastungen handle es sich nicht um psychiatrische Erkrankungen im engeren Sinne. Darin seien aber auch die seinerzeit vorgetragenen Beeinträchtigungen (grösstenteils wie aktuell vorliegend) untergebracht worden. Für die Frage der Arbeitsfähigkeit spielten diese differenzialdiagnostischen Überlegungen aber keine direkte Rolle (S. 34 oben). Die bereits im Jahre 2012 zugrunde gelegten psychiatrischen Diagnosen hätten im MEDAS-Gutachten 2014 nicht bestätigt werden können. Das Sanatorium N.____ (vorstehend E. 4.2) sei im letzten Jahr erneut von mehr oder minder ähnlichen Diagnosen ausgegangen. Insgesamt gebe es keine Hinweise dafür, dass sich die psychische Situation seit dem letzten Gutachten im Jahr 2014 verändert hätte. Die Arbeitsfähigkeit habe sich seit der letzten Begutachtung im Jahre 2014 in der mehr oder minder gleichen Grössenordnung wie aktuell (80 %) bewegt (S. 34 Mitte).

Im orthopädischen Teilgutachten (S. 36-45) nannte Dr. R.____ keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 43 Ziff. 4): - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom/rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei mässigen degenerativen Veränderungen - Gonalgien beidseits nach arthroskopischer Teilmeniskusentfernung rechts und links am 13. Dezember 2016 - Knick-Senk-Spreizfüsse - mittelgradige Hallux -valgus-Achsabweichung des linken und rechten Fusses

Der Versicherte habe in seinem Beschwerdevortrag Schmerzen der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie beider Kniegelenke angegeben, wobei erstere im Vordergrund stünden. In der Untersuchung hätten sich sowohl die Hals- als auch die Lendenwirbelsäule ohne signifikante Bewegungseinschränkungen gefunden. Es gebe keine neurologischen Auffälligkeiten, keine muskulären Dysbalancen. Die aktuelle MRI-Untersuchung der LWS und der ISG vom 28. August 2017 erbringe keine wesentlichen Befundänderungen im Vergleich mit den vorliegenden MRI-Untersuchungen, beispielsweise vom 26. März 2015. Die Veränderungen der Lendenwirbelsäule seien als eher mässiggradig zusammenzufassen.

Die Kniegelenke seien beidseits klinisch ohne Auffälligkeiten, die intraoperativen Befunde der beidseitigen Kniegelenksarthroskopie vom 13. Dezember 2016 könnten die vom Versicherten angegebenen Beschwerden der Kniegelenke nicht erklären. Insbesondere hätten sich im Rahmen der arthroskopischen Operation keine nennenswerten, dem Alter vorausschreitenden degenerativen Veränderungen, sprich Knorpelschäden, gefunden. Die Beschwerden seien demonstrativ und insgesamt inkonsistent angegeben worden, bezüglich

der Wirbelsäule an unterschiedlichen Lokalisationen, und hätten weder durch die klinische Untersuchung noch durch die stattgehabten bildgebenden Untersuchungsverfahren objektiviert werden können. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen oder in einer leidensadaptierten Tätigkeit betrage 100 % (S. 43 f. Ziff. 5).

Im neurologischen (S. 46-51) und im internistischen (S. 52-59) Teilgutachten wurden keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 50 Ziff. 4; S. 57 Ziff. 4).

Als Quintessenz aus den Fachgebieten stellten die Gutachter fest, dass lediglich die psychiatrische Diagnose für die Frage der Arbeitsfähigkeit relevant sei. Diese betrage 80 % (S. 12). Es habe keine Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Begutachtung 2014 stattgefunden. Es handle sich vielmehr um einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand, der anders beurteilt werde. Denn bei der retrospektiven Analyse der seinerzeitigen Informationen und Befunde müsse festgestellt werden, dass diese nicht ausreichend gewürdigt und daher als für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant eingeschätzt worden seien. Dabei gehe es nicht um eine andersartige diagnostische Einschätzung, die durchaus auch jetzt fachlich kontrovers diskutiert werden könnte, sondern um die Bedeutung der Beeinträchtigung des Versicherten und seiner Symptome für die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben (S. 21). 4. 7

Dr. med. S.____, Facharzt für Neurologie sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 20. Februar 2018 (Urk. 6/148 S. 3-4) aus, das Z.____-Gutachten (vorstehend E. 4.6) erfülle die formalen Qualitätskriterien, sei meist nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen meist plausibel. Seitens RAD gebe es folgende abweichende Einschätzungen: Es sei in psychischer Hinsicht die Differentialdiagnose einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0) zu stellen. Hinsichtlich seiner bisherigen Tätigkeit als Maurer bestehe eine reduzierte psychomente Belastbarkeit und Flexibilität sowie eine reduzierte Belastbarkeit von Knie und Wirbelsäule. Das Belastungsprofil umfasse leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne Arbeiten auf den Knien und in Zwangshaltungen. Die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Maurer betrage somit aus somatischer Sicht 100 %, da es eine schwere Tätigkeit sei. In angepasster Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit seit Januar 2018 80 % aus psychischen Gründen und 100 % rein somatisch (S. 3).

Die Einschätzungen der Z.____-Gutachter teile er somit nur teilweise. In somatischer Hinsicht fänden sich seit 2015 durch MRI dokumentierte degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule, mit leicht aktivierter Osteochondrose, zudem sei es bei beiden Knien zur Teilmenisektomie gekommen. Der Beschwerdeführer klagte über Schmerzen in diesem Bereich. Somit seien schwere körperliche Tätigkeiten zu vermeiden, da diese zu Schmerzverstärkung führen könnten. Angepasste Tätigkeiten seien vollumfänglich möglich. Betrachte man rückblickend die psychischen Veränderungen, so sei von einer leichten Persönlichkeitsänderung nach Kriegstraumatisierung auszugehen. Es fänden sich paranoid (misstrauische und feindliche) Gedanken gegenüber Mitmenschen, es habe ein sozialer Rückzug (bei gleichzeitig schlechter Integration in der Schweiz) stattgefunden und es werde über ein häufig gereiztes Verhalten berichtet. Somit seien 3 Symptomgruppen nach ICD-10 erfüllt. Trotz Therapie hätten sich diese Veränderungen nur wenig gebessert, da sie jedoch nur in leichter Ausprägung vorlägen, sei zum einen die diagnostische Einschätzung schwierig und zum anderen der Einfluss auf das funktionelle Leistungsprofil nur leicht ausgeprägt. Den noch sei ein Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit rückblickend und im Verlauf seit 2012 zu attestieren. Der Beschwerdeführer sei bei der beruflichen Integration zu unterstützen (S. 4).

4.8

Die Ärzte des A.____ (vorstehend E. 3.3) führten im Bericht vom 12. März 2018 (Urk. 6/154) aus, im Jahr 2016 habe ein Arbeiterversuch in einem Pensum von 30 % als Materialfahrer und Anbringer von Abdeckmaterial stattgefunden. Nach der dreimonatigen Probezeit habe es aber wegen der Absenzen (Rücken- und Knieprobleme) keine Vertragsverlängerung gegeben (S. 4 Mitte). Der Patient sei seit 2012 aufgrund von chronischen LWS-Schmerzen und Ausstrahlung in beide Beine, Knieschmerzen und HWS-Beschwerden 100 % arbeitsunfähig. Die bisherigen Behandlungen hätten zu keiner wesentlichen Besserung der Beschwerden geführt. Des Weiteren weise der Patient posttraumatische Belastungssymptome und eine Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung seit dem Krieg in Kroatien auf. Diese Symptome hätten bereits vor der depressiven Störung ab 2012 bestanden und seien als Folge der Extrembelastung zu verstehen (S. 9 oben). Aufgrund der Rückenbeschwerden sei er aus somatischer Sicht in der angestammten Tätigkeit permanent 100 %

arbeitsunfähig. Zumutbar erschienen körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten. In einer derart angepassten Tätigkeit sei der Patient aus somatischer Sicht 50 % arbeitsfähig (S. 9 Mitte). Aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen sei er jedoch auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig (S. 9 unten). 4.9

In der Stellungnahme vom 9. August 2018 (Urk. 6/162) zum Z.____ -Gutachten führten die Ärzte des A.____ aus, die Beschwerdeaufnahmen des psychiatrischen Gutachters seien durchgängig oberflächlich erfolgt. Aus der Symptomaufnahme lasse sich keine vernünftige Diagnose ableiten, die falsche Diagnose F.99 sei die Folge (S. 2 unten). Eine objektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor, seien doch nicht mehr die Diagnosen, sondern die Auswirkungen der Beschwerden auf die Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten wesentlich. Da die Beschwerdeaufnahme aber praktisch fehle, seien deren Auswirkungen auch nicht beurteilbar (S. 2 unten). 5.

E. 014

fest gehalten, die posttraumatische Belastungsstörung existiere bereits seit Jahren (vorstehend E. 3.11). Dr. S.____ sprach davon, ein psychischer Gesundheitsschaden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei rückblickend und im Verlauf seit 2012 zu attestieren (vorstehend E. 4.7). Die Beschwerdegegnerin interpretierte diese Aussage von Dr. S.____ wohl zu Recht so, dass gemäss diesem bereits seit 2012 eine Einschränkung von 20 % aus psychiatrischer Sicht bestehe (vorstehend E. 2.1; Urk. 6/148 S. 5 unten). Hätte Dr. S.____ ausdrücken wollen, dass eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands erst nach 2015 erfolgte, so hätte er dies sehr wahrscheinlich auch explizit so geäußert, nachdem ja gerade diese Frage mit im Raum stand.

Es liegt folglich weder ein ärztlicher Bericht vor, der eine Veränderung des psychischen Zustandsbildes seit 2015 dokumentieren würde, noch gibt es sonstige Hinweise hierauf.

Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands kann im Ergebnis auch in psychischer Hinsicht nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden.

E. 18

Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (lit . a) und auf begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (lit . b). Die IV-Stelle veranlasst diese Massnahmen unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind (Abs. 2).

Vorausgesetzt ist die Eingliederungsfähigkeit des Versicherten, das heisst seine objektive Möglichkeit und subjektive Bereitschaft, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_594/2016 vom 18. November 2016, E. 3.2) . 6.3

Im Z.____-Gutachten wurde festgehalten, Eingliederungsmassnahmen im engeren Sinne seien nicht unternommen worden. Der Beschwerdeführer gebe an, im Jahr 2016 in einem Pensum von 30 % eine Probetätigkeit mit leichten Aufgaben vorzuziehen zu haben. Es sei aus heutiger Sicht nicht nachvollziehbar, warum diese Tätigkeit nicht weitergeführt worden sei. Sämtliche Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar (Urk. 6/143 S. 18 Mitte Ziff. 3). Dr. S.____, RAD, empfahl entsprechend, den Beschwerdeführer bei der beruflichen Integration zu unterstützen (vorstehend E. 4.7).

Betreffend die Arbeitsmotivation

sandte der Beschwerdeführer widersprüchliche Signale aus. Gegenüber den Z.____-Gutachtern führte er einerseits aus, er sei für berufliche Massnahmen seitens der Beschwerdegegnerin offen. Andererseits gab er an, er sei körperlich nicht in der Lage, in einer angepassten Tätigkeit ein Pensum von 100 % zu erfüllen (Urk. 6/143 S. 27 Ziff. 2.5). Mit der Beschwerde gegnerin (vgl. vorstehend E. 2.1) besteht ein Widerspruch zu einer Arbeitsvermittlung auch darin, dass der Beschwerdeführer sich auf den Standpunkt stellt, er sei – wie ein Arbeitsversuch gezeigt habe – arbeitsunfähig, und er in erster Linie eine ganze Rente beantragt (vgl. Urk. 1) . Der erwähnte Arbeitsversuch und die Umstände seiner Beendigung sind im Übrigen nicht näher dokumentiert und sonstige aktive Bemühungen, eine neue Stelle zu finden, sind nicht ersichtlich.

Auch wenn eine Unterstützung des Beschwerdeführers bei der beruflichen Integration vorliegend mit Dr. S.____ angebracht wäre, scheint die subjektive Bereitschaft, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden, nicht ausreichend vorhanden gewesen zu sein. Entsprechend war im Verfügungszeitpunkt im Januar 2019 ein Anspruch auf Arbeitsvermittlung nicht ausgewiesen (vgl.

vorstehend E. 6.2). 6.4

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aus, wenn die Motivation vorhanden sei und sich der Beschwerdeführer arbeitsfähig fühle, könne eine Arbeitsvermittlung geprüft werden. Der Beschwerdeführer ist somit darauf hinzuweisen, dass er sich betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen erneut an die Beschwerdegegnerin wenden kann, sobald er bereit dazu ist, die Stellensuche tatkräftig anzugehen. 6.5

Nachdem derzeit weder ein Rentenanspruch (vorstehend E. 5.4) noch ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ausgewiesen ist, ist die Beschwerde vollumfänglich abzuweisen. 7.7.1

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

unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzugewährt wird die unentgeltliche Prozessführung und die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wurde mit Verfügung vom 9. September 2019 (Urk. 19) die Möglichkeit eingeräumt, dem Gericht eine detaillierte Zusammenstellung über den Zeitaufwand und die angefallenen Barauslagen einzureichen. Er hat diese Möglichkeit nicht wahrgenommen, weshalb seine Entschädigung wie angekündigt nach Ermessen festzusetzen ist.

Sie bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt:

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