

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00303 vom 1. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00303

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00303 du 1 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00303 del 1 marzo 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozial versicherungsrechts, 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 kom menden 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 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 zu mutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Dabei hat das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 die Überwindbarkeits vermutung 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 Standardin dikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und sym metrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534 /2015 vom 1. März 2016 E. 2.2). In Weiterent wicklung dieser Rechtsprechung entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (BGE 143 V 409 E. 4.5.1) .

Indes gilt unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesundheitsscha den nur gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichen des Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1).

E. 1.3

Für die Bejahung eines Rentenanspruches im Rahmen einer Neuanschuldung nach vorausgegangener rechtskräftiger Verneinung wird analog zur Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG eine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades verlangt (BGE 130 V 71, 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; vgl. auch BGE 133 V 108 E.

5.2 mit Hinweisen). Die Frage, ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt der letzten materiellen rentenverweigernden rechtskräftigen Verfügung mit demjenigen zur Zeit des auf die Neuanschuldung hin ergangenen Entscheids (BGE 130 V 64 E. 2 mit Hinweis, 130 V 71 E. 3.1 mit Hinweisen). Dabei ist zu beachten, dass Anlass zur Rentenrevision jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen gibt, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 371 E. 2b; vgl. auch BGE 133 V 545 E. 6.1, 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben

worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE

135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren ablehnenden Entscheid (Urk. 2) damit, dass gestützt auf das von ihr eingeholte Gutachten dem Beschwerdeführer sämtliche körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten in einem Pensum von 100 % zumutbar seien. Er sei seit längerer Zeit nicht mehr erwerbstätig gewesen und als Hilfsarbeiter einzustufen. Tätigkeiten in diesem Sektor könne er weiterhin mehrheitlich ausführen und damit sei keine gesundheitsbedingte Erwerbseinbusse ausgewiesen. Stellen, die die Voraussetzungen erfüllten, seien

auf dem ausgeglicheneren ersten Arbeitsmarkt viele vorhanden.

Im Verfahren führte sie aus (Urk. 6), in somatischer Hinsicht bestehe gemäss dem zweiten interdisziplinären Gutachten vom 30. Mai 2018 eine Limitierung der biomechanischen Funktion der Lendenwirbelsäule. Bereits im ersten interdisziplinären Gutachten vom 3. Februar 2014 sei eine 100 % ige Arbeitsfähigkeit in einer an die Lendenwirbelsäule angepassten Tätigkeit attestiert worden und diesbezüglich sei keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. In psychiatrischer Hinsicht sei im Erstgutachten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode diagnostiziert worden. Aktuell habe der psychiatrische Gutachter lediglich eine leichte depressive Verstimmung feststellen können. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung könnten gemäss dem zweiten Gutachten jedoch nicht durch objektive Befunde gestützt werden, und es stünden psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei deshalb auch aus psychiatrischer Sicht nicht ausgewiesen. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor (Urk. 1 S. 7 f.),

es sei vorliegend nicht nur so, dass eine Tätigkeit mit dem attestierten Belastungsprofil nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines Arbeitgebers möglich wäre, sondern es existiere eine solche Tätigkeit gar nicht. Die Schonkriterien, wie sie der Gutachter nenne, würden jegliche Tätigkeiten ausschliessen. Die Beschwerdegegnerin habe es auch unterlassen Stellen zu nennen, die mit dem attestierten Belastungsprofil vereinbar seien.

Der behandelnde Arzt Dr. med. Z.____ habe ausführlich und umfassend zum psychiatrischen Teilgutachten Stellung genommen und ausgeführt, dass auf dieses nicht abgestellt werden könne. So fehle es an einer Auseinandersetzung mit der PTB S, die von diversen Ärzten diagnostiziert worden sei

(S. 8 f.). Auch nehme der (psychiatrische) Teilgutachter die geklagten Beschwerden nicht ernst und imponiere mehrmals mit wertenden Textpassagen und weiche von der

Einschätzung anderslautender Arztberichte lediglich mit der Begründung ab, diese hätten sich auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers ab gestützt. Es handle sich um eine sehr komplexe Traumafolgestörung, welche zur medizinischen Begutachtung auch eine r Gutachterperson bedürfe, die auf traumaspezifische Diagnosen spezialisiert sei. Sollte auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte nicht abgestellt werden, so sei eine derart spezialisierte Person zur Begutachtung zu beauftragen (S. 12). 3. 3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse, namentlich der Gesundheitszustand bzw. dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, seit der rechtskräftigen Leistungsverweigerung vom 14. Oktober 2014 (Urk. 7/64) bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. März 2019 (Urk. 2) dergestalt verändert haben, dass dem Beschwerdeführer nun eine Invalidenrente zusteht. Dabei stellte der abschlägige Entscheid vom 14. Oktober 2014 (Urk. 7/64) insbesondere auf das bidisziplinäre Gutachten vom 3. Februar 2014 (Urk. 7/46 und Urk. 7/44) ab, welches in den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie erstellt wurde. 3.2 3.2.1

Im bidisziplinären Gutachten vom 3. Februar 2014 nannten die zuständigen Ärzte Dr. med. A.____, Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen, und PD Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die folgenden Diagnosen (Urk. 7/44): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/1) - Posttraumatische Belastungsstörung PTBS (ICD-10 F43.1) - Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der LWS bei - kongenitaler Spondylolyse L5 beidseits mit Anterolisthesis L5/S1 von etwa 10 mm mit lumbaler Operation am 7. April 2005 mit Repositions- Spondylodese L5/S1 und

Dekompression laminektomie L5/ S1 beidseits mit: - Segment L5/ S1: guter Lage der Implantate im Segment L5/ S1 ohne Re-Stenose, ohne Kompression und nicht eingeeengten Foramina und - Segment L4/ L5: leicht progrediente medial betonte breitbasige

Diskusprotrusion

mit leichter zentraler Spinalkanalstenose und leicht eingeeengten

Foramina ohne Kompression (MRI 01/ 2014) - ohne radikuläre Zeichen mit - symmetrischen Wadenumfängen 3.2.2

Zu den Untersuchungsbefunden aus rheumatologischer Sicht hielt

die Sachverständige fest (Urk. 7/46/36 f.), beim Beschwerdeführer handle es sich um einen kräftigen 48-jährigen Mann. Er sei mit einer beidseitigen Spondylolyse L5 zur Welt gekommen und habe sich zunehmend über lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung vor allem in das linke Bein beklagt. Am 7. April 2005 sei er lumbal operiert worden, wobei eine Spondylodese im Segment L5/S1 implantiert worden sei. Er beklage

sich nun über belastungsabhängige lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide

Beine, links mehr als rechts. Ausserdem berichte er über Schmerzen in beiden

Schultern und beiden Knien.

In der klinischen Untersuchung seien dabei Diskrepanzen aufgefallen. Der intermittierend hinkende Gang normalisiere sich unter Ablenkung. Die Beweglichkeit der LWS (Lendenwirbelsäule) sei in allen

Richtungen leicht eingeschränkt. Die BWS (Brustwirbelsäule) und die HWS (Halswirbelsäule) seien normal beweglich und radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden. Alle grossen peripheren Gelenke seien normal beweglich und weder Gelenksergüsse, Synovitiden oder überwärmte Gelenke vorhanden.

Die ganze Muskulatur sei nirgends verspannt und die Bioimpedanz-Analyse zeige eine erfreulich grosse Muskelmasse von 56 % , welche den Normwert von 40 % weit übertr effe. Eine lang andauernde körperliche Schonung könne daraus nicht abgeleitet werden und auch die beiden Wadenumfänge seien symmetrisch. Ein lang andauernder Mindergebrauch

des linken Beines gegenüber dem rechten Bein könne daraus auch nicht abgeleitet werden.

Die Röntgenuntersuchungen der rechten Schulter und des rechten Knies im September 2008 zeig t en normale Befunde. Die bildgebenden Befunde der LWS sei en

weiterhin gut. Es beständen im Bereich der LWS strukturelle Befunde, die die Leistungsfähigkeit verm inder te n , wobei die vorhandenen Befunde das Ausmass der Beschwerden nicht erklär ten. E ine angepasste Tätigkeit könne

der Beschwerdeführer

zu 100 % ausüben ,

bezogen auf ein Pensum von 100 % . Zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht führte die Sachverständige aus (Urk. 47/46/38 f.), der Beschwerdeführer sei durch die eingeschränkte Funktion der LWS limitiert. Dies könnte sich je nach Art und Ausmass unterschiedlich auf die Fähigkeit , häufig Lasten ohne Hilfsmittel zu heben und zu tragen , auswirken . Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung, ob stehend oder sitzend , sei zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Eher günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Er könne Las ten bis zu 10 kg heben oder tragen (leichtes Belastungsniveau). Tätigkeiten, die diesem Profil entsprechen, könne er zu 100 % bzw. ganztags ausüben und au ch als Staplerfahrer, Magaziner , Lagerist könne er zu 100 % arbeiten, sofern dabei k eine Lasten über 10 kg hantiert werden müss t e n . 3.2.3

Der psychiatrische Sachverständige führte aus (Urk. 7/43/8), der Beschwerdefüh rer gebe an , sich depressiv und niedergeschlagen zu fühlen und hin und wieder Suizidideen zu haben. Er habe schon 1990, als er nach Basel gekommen sei, Depressionen gehabt. Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei jedoch nicht notwendig gewesen. Er sei in einer schwierigen finanziellen Situation gewesen, auch seine Beziehungssituation mit seiner zweiten Gattin sei schwierig gewesen, zudem habe er neu unter den lumbalen Rückenschmerzen gelitten. Es sei ihm aber in all den letzten Jahren nicht konst ant psychisch schlecht gegangen und er habe einzelne depressive Episoden gehabt, dann aber wieder längere Phasen, wo es ihm recht gut gegangen se i. Er habe ja auch immer wieder viel Sport treiben können. Allerdings sei es für ihn s ehr schwierig geworden , mit den anhaltenden Rücken- und linksseitigen B einschmerzen zurecht zu kommen und er fühle sich nutzlos, wertlos und hadere oft mit dem Sinn seines Lebens. Aktuell habe er keinerlei Freude, Lust und Interessen im Leben. Er fühle sich immer m üde, weil er viel an seine Situation denke. Sein innerer Antrieb sei unterschiedlich, gele gentlich fühle sich dieser

vermindert an. Auf konkrete s Nachfragen gebe er an, da ss er etwa dreimal pro Woche Albträume habe über seine traumatisierenden Erfahrungen in Gambia in seiner Kindheit und Jugendzeit. Er sei ja damals als 8-Jähriger von einem Onkel sexuell missbraucht worden und als Jugendlicher sei er durch das Militär unter Androhung von Waffengewalt gezwungen worden die Leichen ermordeter Zivilisten auf Lastwagen aufzuladen. Hin und wieder habe er auch Flashbacks, wo er dann szenisch an diese Ereignisse zurückerinnert werde. Er habe in den letzten Monaten manchmal Angst, nach draussen zu gehen, weil er dann fürchte, bewaffnete Polizisten zu sehen, die ihn dann an diese frühen Traumata erinnern würden.

Zum Tagesablauf gebe er an, er esse nicht viel, weil er wenig Appetit und auch wenig Durst habe, und so bereite er sich nur selten eine Mahlzeit zu. Den Haushalt könne er einigermaßen in Ordnung halten, es sei aber eine sehr kleine Wohnung, und oft könne er sich nicht richtig bücken, wegen seiner Rückenschmerzen. Er gehe viel nach draussen spazieren, so in öffentlichen Parkanlagen, wo er dann Leute ansprechen wolle, um Kontakte zu knüpfen, oder er gehe in den Wald oder in die Stadt. Dabei höre er oft Musik über seinen Kopfhörer. Wenn er unterwegs sei, habe er Rückenschmerzen, wenn es bergauf oder bergab gehe. Arbeitsstellen müsse er keine suchen, dies sei ihm von der Sozialhilfe so mitgeteilt worden. Er lese gelegentlich in Büchern. Er sei zur Untersuchung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln an gereist. Sein Bekanntenkreis sei sehr klein. Er habe zwar schon Kollegen in Zürich, diese treffe er manchmal, wenn er nach draussen gehe, er unterhalte sich dann kurz mit diesen (Urk. 7/43/9 f.). Zu den Untersuchungsbefunden führte der Sachverständige aus, der Beschwerdeführer sei allseits orientiert und bewusstseinsklar. Er sei von athletischem, kräftigem, ansonsten unauffälligem Körperbau. Der Gang ins Sprechstundenzimmer sei vollständig unauffällig und ebenso die Körperposition während der gesamten Untersuchungsdauer. Psychomotorisch wirke er oftmals weder angespannt noch verlangsamt. Befragt zu seinen von ihm als traumatisch erlebten Lebensereignissen in Gambia zeige er eine psychomotorische Anspannung, wobei Mimik und Gestik nicht reduziert wirkten. Der Blickkontakt sei adäquat, die Untersuchung könne problemlos in deutscher Sprache durchgeführt werden. Während der gesamten Untersuchungsdauer hätten sich weder sprachliche Störungen, Auffassungsstörungen und im klinischen Eindruck

auch keinerlei Hinweise für kognitive oder intellektuelle Defizite

gezeigt. Im formalen Denken ergebe sich immer wieder eine Einengung um die schwierige gesundheitliche und psychosoziale Situation. Ansonsten sei das formale Denken unauffällig und er sei weder verlangsamt noch hätten sich Gedankensperrungen gezeigt. Er sei jederzeit gut verständlich, kohärent und unauffällig organisiert. Im inhaltlichen Denken hätten sich keinerlei Hinweise für wahnhaftes, bizarre oder akute suizidale Ideen ergeben. Er wirke zwar fortzu leicht affektverarmt, nie aber in erheblichem Masse und eine Affektverflachung oder gar eine Affektstarre fehlten vollständig. Die Grundstimmung habe sich nur während den affektlabilen Einbrüchen stärker depressiv beeinträchtigt gezeigt, ansonsten habe aus objektiver Sicht eine leichte depressive, nie aber eine euthyme Grundstimmung

bestanden

(Urk. 7/43/10 f.). Würde einzig den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers gefolgt bzw. einzig diese Beurteilungsdimension gewürdigt, so könne man zum Schluss kommen,

dass hier allenfalls gar eine schwere Depression vorliege. Wenn aber die objektiven Untersuchungsbefunde herangezogen würden, fielen zu den subjektiven Angaben einige Diskrepanzen auf. Diese resultieren wohl zu einem nicht unwesentlichen Teil aus der schwierigen psychosozialen Situation. So bestünden immer noch hohe Schulden beim Betriebsamt, er blicke auf zwei gescheiterte Ehen zurück, auf wenig Kontinuität im Berufsleben, und in seinem Alter von nun 48 Jahren dürfte er sich dessen bewusst geworden sein, dass sein initialer «Lebensplan» nicht ausgereicht habe, um eine erforderliche stabile psychosoziale Situation zu ermöglichen. Hier sei auch zu diskutieren, dass eine fragilere innerpsychische Struktur vorliege, da auch die Kriterien gemäss ICD-10 für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllt seien, sofern man betreffend die psychotraumatisieren den Ereignisse

den Angaben des Beschwerdeführers

aus seiner Kindheit und Jugendzeit folge. Es müsse aber auch betont werden, dass

trotz der Angaben traumatisierender Erfahrungen, er nach seiner Einreise in die Schweiz 1990 fortzu arbeiten und auch immer wieder in neue Beziehungen habe investieren können.

Die depressiven Episoden seien ohne Zweifel auch eine Folge der innerpsychischen Struktur und verfügte der Beschwerdeführer über eine stärkere, robustere innerpsychische Struktur, wäre es möglicherweise nicht zu rezidivierenden depressiven Episoden gekommen. Die qualitativen Funktionseinbussen hätten sich somit nach der depressiven Störung zu richten und die subjektiv als sehr stark beschriebenen Rücken- und Beinschmerzen seien ebenfalls als Teil der depressiven Störung bzw. der Schwierigkeit des Beschwerdeführers mit dieser Lebenssituation besser zurecht zu kommen,

zu betrachten (S. 14 ff.). Bezüglich Funktionsfähigkeiten aus psychiatrischer Sicht seien damit allfällige Auswirkungen der posttraumatischen Belastungsstörungen bereits in der depressiven Störung berücksichtigt und beim Vorliegen einer leichten depressiven Episode könne eine qualitative Funktionseinbusse in der Höhe von 20 % attestiert werden, beim Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode solche in der Höhe von 50 % und der Mittelwert betrage 35 %. Die Prognose aufgrund der Erfahrungen,

die im Rahmen der stationären bzw. teilstationären Behandlung habe gestellt werden können, sei günstig und bei einer anhaltenden, genügend regelmässigen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Begleitung erfahre er eine gute Stabilisierung der Affektlabilität und eine Remission seiner depressiven Symptome. In der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 65 % (Urk. 7/43/16 ff.). 3.2.4

Zur Arbeitsfähigkeit aus bidisziplinärer Sicht fassten die Experten zusammen (Urk. 7/44), aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 35 % in jeglicher Tätigkeit. Aus rheumatologischer Sicht könne der Beschwerdeführer eine angepasste LWS-schonende Tätigkeit zu 100 % ausüben. Dabei könne er Lasten bis zu 10 kg hantieren. Aus bidisziplinärer Sicht könne er eine angepasste Tätigkeit zu 65 % ausüben bezogen auf ein Pensum von 100 %. 3.3

Im Zusammenhang mit der Neuanschuldung vom 2. August 2016 (Urk. 7/73) liegen im Wesentlichen die folgenden Arztberichte vor: 3.3.1

Im Bericht der C.____ vom 1. September 2015 (Urk. 7/72/3-4) über ein «Vorgespräch»

vom 24. August 2015 nannten die zuständigen Fachpersonen die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) und eine PTBS Symptomatik. Auslöser der psychophysischen Dekompensation sei ein Sturz im Jahr 2004 gewesen.

Der Beschwerdeführer biete das Bild eines aktuell schwer gradigen psychophysischen Erschöpfungszustandes mit im Vordergrund bestehenden somatischen Zeichen bei stattgehabtem Sturz im Jahr 2014 (gemeint wohl 2004) und sekundär sich darauf aufbauenden depressiven und ängstlichen Symptomen. Im Hintergrund wirke die lebensgeschichtlich nachvollziehbar belastende Familiensituation mit traumatisierenden Ereignissen, die die Krankheit aufrecht erhalte. In Zusammenschau der aktuellen sowie der Hintergrundfaktoren stelle eine

Aufnahme in die C.____ mit einem multimodalen spezifischen Angebot sowie die damit verbundenen strukturellen Rahmenbedingungen sowohl für den Beschwerdeführer als auch für die Klinik eine Überforderung dar. Der Beschwerdeführer benötige einen niedrigeren strukturierten Aufbau, so wie er in rein psychotherapeutisch orientierten Kliniken angeboten werde, mit Anschluss an eine traumatherapeutische Behandlung. 3.3.2

Im Bericht des D.____ vom 9. November 2015 (Urk. 7/72/5-7) führten die Ärzte aus, die Zuweisung sei bei anhaltendem Rückenweh links, aggraviert nach Spondylodese L5/S1 im Jahr 2005 bei isthmischer Spondylolisthese und seither anhaltend, erfolgt. Es sei eine diagnostische MBB (medial branch Blockade)

bei Verdacht auf ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom postinterventionell durchgeführt worden, wobei es nicht zu einer Schmerzreduktion gekommen sei. Ein diagnostischer Sakralblock und ebenso eine TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) Austestung seien negativ geblieben. Grundsätzlich sei die Indikation für eine rückenmarksnahe Teststimulation gegeben (Failed Back Surgery Syndrome mit vorwiegend neuropathischer Komponente). Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik sei die Indikation jedoch kritisch zu überprüfen und der Beschwerdeführer könne sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht für diese Therapie entscheiden. Der 50-jährige zeige dabei ein Schonhinken links, wobei der Zehengang links fast nicht und der Fersengang links gar nicht möglich seien. Bei diffuser Minderinnervation des linken Beins sei die Motorik schwierig eruierbar und es bestehe auch keine Beinumfangsdifferenz. 3.3.3

Dr. med. Z.____, leitender Arzt an der E.____

antwortete im Bericht vom 27. Mai 2016 (Urk. 7/72/1-2) auf Fragen der Sozialen Dienste der Stadt Zürich und hielt fest, der Beschwerdeführer stehe seit dem 28. November 2014 bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die Behandlung finde in zweiwöchentlichen Abständen statt und dazwischen hätten auch Kriseninterventionen stattgefunden. Der Beschwerdeführer wirke erschöpft, gebrochen, verzweifelt und präsentiere sich häufig in Tränen und klagsam. Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistung seien mittelgradig eingeschränkt, insbesondere die Konzentration und Merkfähigkeit. Im formalen Denken sei er grübelnd, eingeengt und perseverierend auf seine derzeitige hoffnungslose Situation und darin kaum auslenkbar. Im Affekt sei er mittel- bis schwergradig beeinträchtigt und in den Bereichen Vitalgefühle, Insuffizienzgefühle, Schuldgefühle affektlabil

(Tränen, Aggressionen). Im Antrieb sei er eher gehemmt. Es bestehe ein starker sozialer Rückzug, ein grosses Ruhebedürfnis und latente Suizidalität (Pulsadern aufschneiden, Tablettenübergebrauch) von denen er sich jedoch im Gespräch glaubhaft und bündnisfähig distanzieren könne (Sohn). Als Diagnosen nannte er: - PTBS (ICD-10 F43.1) und auf dieser Grundlage rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Chronisch lumboradikuläres Reizsyndrom L5 links, DD: lumbospondylo gen - Epifusionelle Segmentdegeneration L4/5 mit breitbasiger Diskushernie mit Bandscheibenkontakt zur Wurzel L4/L5 - Status nach Repositionsspondylodese L5/S1 und Einbringen eines inter korporalen Harms-Cages sowie Dekompressionslaminektomie L5/S1 beid seit s bei isthmischer Spondylolisthese Grad I L5/S1 04/05 Die Prognose sei als schlecht zu bewerten, da

ohne nennenswerten Erfolg jegliche medizinische Massnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Art bisher weitestgehend ausgeschöpft worden sei. Eine Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar . 3.3.4

Im Austrittsbericht des F.____ vom 10. Mai 2017 (Urk. 7/93) über den stationären Aufenthalt vom 22. März bis 3. Mai 2017 wiesen die Behandler darauf hin, die Zuweisung sei zur Krisenintervention und Stabilisierung für eine anschliessende stationäre Traumatherapie in der G.____ erfolgt. Es wurden folgende Diagnosen genannt : Hauptdiagnose - Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung Nebendiagnosen - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome - Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide : Schädlicher Gebrauch - Angststörung - Anhaltende Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung Bei Eintritt zeige sich eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in Kombination mit einem mittel- bis schwergradigen depressiven Störungsbild mit reduzierter Schwingungsfähigkeit und Depressivität , Ängstlichkeit, innere Unruhe, persistierende Schuldgefühle , leichte Ambivalenz, beeinträchtigte Vitalgefühle , Affektlabilität, teilweise Gereiztheit, ausgeprägtem sozialen Rückzug, Grübeln und vermindertem Antrieb. Der Beschwerdeführer berichte über immer wieder auftretende aggressive Impulse. Es würden durch verschiedene alltägliche Situationen eine innerlich erlebte Aggression, Rückzug und kurze dissoziative Reaktionen im Alltag herbeigeführt. Die vielen traumatischen Erlebnisse in der Kindheit und Jugendzeit würden ständig aktiviert (Flashbacks) und lösten bei ihm emotionale Reaktionen wie Wut und Traurigkeit aus. Er berichte , sich hoffnungsloser und aggressiver zu fühlen, da körperliche Kompensationsstrategien (Sport) aufgrund der somatischen Erkrankungen nicht mehr nutzbar seien und er berichte über einen sozialen Rückzug . Seine derzeitigen Strategien seien

Spaziergänge und lautes Musikhören. 3.3.5

Im Austrittsbericht der G.____ vom 29. November 2017 (Urk. 7/105) über den Aufenthalt vom 26. Oktober bis 14. November 2017 führte Dr. med. H.____ , Facharzt für Innere Medizin

FMH aus, der Beschwerdeführer berichte , seit seinem Unfall im Jahr 2005 mit seinem Leben nicht mehr zurecht zu kommen und so nicht mehr weiterleben zu können . Er wolle deswegen eine stationäre Behandlung machen. Er habe immer versucht für sich selber zu sorgen, jetzt gelinge ihm das nicht mehr und das sei für ihn eine Katastrophe. Er komme mit seinen Schmerzen nicht zurecht, ebenso wenig mit den Intrusionen, der Angst vor

Menschen und seinen dissoziativen Problemen. Zudem leide er immer wieder an Atemnot, vor allem in emotionalen Belastungssituationen (S. 1) .

Der Beschwerdeführer sei zur stationären Traumatherapie eingetreten. Ziel der Probetherapie sei es gewesen , Kontakte in einem zwischenmenschlichen Setting aufzunehmen sowie seine Reizbarkeit und Aggressivität kontrollieren und sich orientieren zu können. Dabei sei rasch deutlich geworden, dass er ganz erhebliche Sprachschwierigkeiten habe, wenn es um die Beschreibung psychischer Vorgänge gehe, was z u seiner inneren Einsamkeit und Reizbarkeit bei trage . Es sei für ihn schwierig gewesen ,

das ständige Switchen in den inneren Anteil des Kindersoldaten, der sich dann voller Wut, Hass und Aggressivität zeige, und auch tötlich zu werden drohe. Aufgrund der zunehmenden Reizüberflutung sei der stationäre Aufenthalt nach zwei Wochen in gegenseitigem Einvernehmen beendet worden (S. 4).

Es liege eine schwere komplexe Posttraumatische Belastungsstörung mit dissoziativer Komorbidität und dissoziativer Anteilestörung vor. Kompliziert werde das Krankheitsbild durch die ausgeprägte somatische Einschränkung, was ihm seine einzige Ressource (Sport) wegnehme. Während des stationären Aufenthaltes habe sich seine deutliche Reizoffenheit und die ständigen Switches in einem hoch aggressiven Kindersoldaten Anteil als sehr problematisch gezeigt. Während des Aufenthaltes habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden . Eine Arbeitsfähigkeit sei beim Beschwerdeführer über Jahre als nicht gegeben zu sehen (S. 5) . 3.4

3.4.1

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten b idisziplinären

Gutachten beim I. ___ vom 30. Mai 2018 (Urk. 7/122), beruhend auf orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 17. April 2018 , stellten die zuständigen Ärzte, Prof. Dr. med. J. ___ , FMH Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K. ___ , Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, folgende Diagnosen (Urk. 7/122/9): Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom mit Radikulopathie der Nervenwurzel L4 links bei: - fortgeschrittener epifusionaler

Osteochondrose im Segment L4/L5 mit subtotaler Höhenminderung des Zwischenwirbelfaches und moderater Kompression der Nervenwurzeln L4 beidseits im foraminalen Verlauf - Begleitspondylose mit breitbasiger

Bulging Disc bei L4/L5 - Knöchern reizlos konsolidierter Spondylodese im Segment L5/S1 ohne Neurokompression mit orthograd einliegendem Cage ohne jedwede Lockerungs- / Lysezeichen Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Status nach im Jahre 2008 erlittenem linksseitigem Hämatothorax mit Rippenfrakturen 7/8 links; gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag so wie ohne Funktionseinschränkung Status nach Cannabisabhängigkeit; gegenwärtig abstinent, ICD-10 F12. 20 Multiple psychosozialen Probleme mit depressiver Verstimmung mit/ bei: - Probleme in Verbindung mit Ausbildung, ICD-10 Z 55 - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit, ICD-10 Z 56 - Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (Schulden; Abhängigkeit vom Sozialamt), ICD-10 Z59 - Alleinleben, ICD-10 Z60.2 - Probleme durch negative Kindheitserlebnisse, ICD-10 Z61 - Probleme in der

Lebensführung, ICD-10 Z72 3.4.2

Der orthopädische Sachverständige führte aus (Urk. 7/122/ 114-172), der Beschwerdeführer gebe an ,

seit vielen Jahren permanent und anhaltend Schmerzen im Rücken zu haben. Er habe da acht Schrauben drin und seit der Operation im Jahre 2005

anhaltende Schmerzen mit Schmerzfortleitung in das linke Bein . Er gebe an , durch lokale Wärmeanwendungen sowie Dehnungsübungen und Ruhe eine leichte Schmerzlinderung zu erfahren, wobei kein Schmerzmedikament seine Beschwerden lindern könne und er seit Jahren einen konstant anhaltenden Schmerz von VAS 8-9 verspüre (S. 10 f f .).

Beschwerdearm stehen könne für ca. zwei Minuten, gehen bis zu 20 Minuten, jedoch nur, wenn er sich hierbei auf seinen Gehstock abstützen könne. Sitzen könne er nur für ca. fünf bis zehn Minuten (S. 12). Der Sachverständige erörterte, im Rahmen der klinischen Untersuchung weise der Beschwerdeführer auf orthopädisch-chirurgischem Fachgebiet in den einzelnen durchgeführten Testverfahren eine mehrfach zu beobachtende Inkonsistenz der Untersuchungsbefunde auf. So zeige er sich vor der Untersuchung im Wartebereich entspannt auf dem Wartestuhl in leicht rechtsgedrehter Körperhaltung mit unauffälliger Mimik. Dabei erhebe er sich zunächst zügig aus dem Sessel, folge dann aber laut stöhnend mit links hinkendem Gangbild langsam über den Flur ins Untersuchungszimmer. Der jeweilige sitzende, stehende sowie gehende Positionswechsel erfolge dann aber frei und in zügigem Tempo. Im Rahmen der darauffolgenden ca. 60-minütigen Anamneseerhebung nehme er dann eine deutliche verkrümmte, rechtsgedrehte, halbsitzende Körperposition ein, grimassiere hierbei unentwegt und schlage sich alle zwei bis drei Minuten mit der flachen Hand mehrfach gegen die Stirn. Danach richte er den Blick orientierungssuchend in den Raum. Er könne während dessen die gestellten Fragen jedoch im Kontext frei und zügig mit uneingeschränkter Auffassungsgabe beantworten. Dabei mache

er insgesamt einen sehr müden, lethargischen Eindruck, wirke indes im Untersuchungsgespräch bemüht mit , jedoch vermehrt mit verbal demonstrierender Schmerzäußerung. Eine schmerzbedingte Entlastung der Sitzposition sowie ein Umhergehen im Raum werde dabei nicht demonstriert. Gefragt, warum er bei linksseitiger Beschwerdesymptomatik die Gehstütze nicht rechts anwende , werde damit erwidert, dass die Schmerzen auf der linken Seite lokalisiert seien und er daher die Gehstütze immer links anwende. Dabei weise die Unterarmgehstütze nahezu keine Gebrauchsspuren auf und zeige am Fussstück ein nahezu neueres Profil ohne vermehrten Abrieb (S. 49 f.).

Es bestünden beim Beschwerdeführer eine anhaltende lumbosakrale Schmerzsymptomatik bei fortgeschrittener epifusionaler

Osteochondrose im Segment L4/5 sowie foraminale Stenose mit Radikulopathie der Nervenwurzel L4 links. Ein somatischer Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, sei dahingehend ausgewiesen (S. 53) .

Aufgrund der klinischen und bildtechnischen Befunde sei der Beschwerdeführer in der biomechanischen Funktion seiner Lendenwirbelsäule limitiert mit einer daraus unweigerlich resultierenden Einschränkung der Steh-

und Gehfähigkeit. Dies bedinge qualitative Leistungseinschränkungen für : - Schwerst- und Schwerarbeiten - Ständige mittelschwere Arbeiten - Heben und Tragen von Lasten körperfern über 5 kg ohne technische Hilfsmittel - Heben und Tragen von Lasten

körpernah über 10 kg ohne technische Hilfsmittel - Repetitive stereotype Bewegungsabläufe - Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken - Das mehr als gelegentliche Arbeiten in Zwangshaltungen - Tätigkeiten mit vermehrter Vibrationsbelastung - Tätigkeiten mit Pressen oder Stemmen, welche zu einer intraspinalen Druckerhöhung führen - Das mehr als gelegentliche Heben von Lasten über die Horizontale (Hyperlordosierung der LWS) - Das Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen - Tätigkeiten auf unebenem Untergrund - Tätigkeiten mit länger währender Einnahme nur einer Körperposition - Tätigkeiten, welche kniend sowie im Hocksitz durchgeführt werden - Tätigkeiten im Freien, ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund Dabei seien für das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg körperfern, respektive 10 kg körpernah technische Hilfsmittel erforderlich. Unter Berücksichtigung der qualitativen Schonkriterien sei der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten, körperlich leichten wechselnd belastenden, überwiegend sitzend ausgeführten Tätigkeit aus orthopädisch versicherungsmedizinischer Sicht rein quantitativ zu 100 % arbeitsfähig (S. 54 f.). 3.4.3

Aus psychiatrischer Sicht berichtete der Sachverständige (Urk. 7/122/16-113), es werde vom Beschwerdeführer angegeben, dass er

die deutsche Sprache nicht verstehe und spreche, jedoch gut Englisch könne, weshalb die Exploration in englischer Sprache erfolgt sei. Beim Abholen sei er im Wartebereich gesessen und habe sich auf einen Gehstock gestützt und unter stöhnenden Lauten sich rezidivierend mit der Faust auf die Stirn geschlagen. Die übrigen Mitpatienten seien hierdurch sichtlich verstört gewesen und deutlich vom Beschwerdeführer abgerückt (S. 67)

Zur Familien und Sozialanamnese berichtete er, er sei in Gambia als Sohn eines Richters und einer Lehrerin geboren worden. Beide Elternteile stammten aus wohlhabenden Familien und hätten daher hochstehende Positionen inne gehabt. Der Vater sei im Mai 2009 verstorben und er sei zu seiner Beerdigung nach Gambia gereist. Ab seinem siebten Lebensjahr habe er auf der Strasse gelebt, könne sich aber an keine Einzelheiten aus dieser Zeit mehr erinnern. Zur Frage, warum er als Sohn einer wohlhabenden Familie auf der Strasse leben müsse, habe er geantwortet, dass sich seine Eltern, als er ca. zwei Jahre alt gewesen sei, hätten scheiden lassen und er dann längere Zeit bei der Grossmutter väterlicherseits gelebt habe. Dort sei er mit zahlreichen Geschwistern und Halbgeschwistern aufgewachsen. So habe er insgesamt 15 Geschwister, die seine leiblichen Eltern aus mehreren Ehen miteinander und mit anderen Partnern zeugten. Nach dem Tod der Urgrossmutter sei er zu einer Tante und einem Onkel gekommen. Der Onkel sei Alkoholiker gewesen und habe ihn sexuell missbraucht, weshalb er geflüchtet sei und ab seinem achten Lebensjahr auf der Strasse gelebt habe. Zunächst sei er bei der Grossmutter mütterlicherseits gewesen, die ihn jedoch häufig geschlagen und sich ihm gegenüber emotional kühl verhalten habe. Er habe dort nicht bleiben können. Er habe dann auf der Strasse gelebt und in Leichenhäusern auf Friedhöfen und in Hühnerställen geschlafen. Es sei ihm aber trotz dieser ausgesprochen widrigen Umstände dennoch geglückt, die Schule zu besuchen und die Matura zu machen. 1982 sei es dann zu einem Militärputsch in Gambia gekommen und er sei vom Militär rekrutiert worden und habe Leichen auf Lastwagen werfen müssen. Schliesslich sei er nach Europa geflüchtet, habe von 1982 bis 1986 in Dänemark und hernach bis 1990 in Deutschland gelebt und habe Fussballprofi werden wollen. 1990 sei er im Alter von 25 Jahren in die Schweiz eingereist und habe im Jahr 2000

das Schweizer Bürgerrecht erhalten. Er habe vielfach Probleme mit dem Gesetz gehabt und sei in Deutschland mehrfach inhaftiert worden, wobei er als Grund « fight » angegeben habe. In der Schweiz sei er wegen Aggressionen verhaftet worden. Betreffend Partnerschaften/Kinder gebe er an, dass er 1990 eine Schweizerin kennengelernt und geheiratet habe. So sei er in die Schweiz nach Basel gekommen. Die Ehe sei 1997 geschieden worden. Der Grund sei eine « ausserhäusige » Beziehung gewesen, wobei er mit dieser Frau einen unehelichen Sohn gezeugt habe. Dieser sei im Jahre 1995 geboren worden. Er habe jedoch zu dem Sohn und der Kindsmutter keinen Kontakt mehr. Später (Juli 2000) habe er wieder geheiratet, wobei diese Ehe im Januar 2005 geschieden worden sei. Er wohne alleine in einer Einraumwohnung und sei seit Februar 2016 beim Sozialamt angemeldet. Seine Schulden lägen bei ca. Fr. 80'000.-- und er werde betrieblös. Das Geld sei sehr knapp. Soziale Kontakte habe er keine. Er sei vollständig vereinsamt und sein Psychiater sei der einzige Mensch, mit welchem er sprechen könne. Er habe auch kein spezielles Hobby (S. 68 f.).

Befragt zu den aktuellen Beschwerden gebe er an (S. 71), dass er Albträume mit Inhalten zu den Ereignissen als «Kindersoldat» habe, die erst in der Schweiz begonnen hätten, wobei der Beschwerdeführer aber

auch die Nachfrage, ob er während der Zeit in Dänemark und in Deutschland keine Träume darüber gehabt habe, auch mit „Doch“ beantworte. Zu Symptomen befragt, führe er aus, dass er Panik bekomme, wenn er bewaffnete Polizisten sehe. Das mache ihm starke Ängste und es komme dann zu Flashbacks zu den Ereignissen als «Kindersoldat». Dabei würden szenische Abläufe mit Inhalten zu den vorbenannten Ereignissen von ihm zwar angegeben, jedoch trotz Bitten nicht präzise geschildert. Nach dem Ansprechen der vermeintlich traumatisierenden Ereignisse, habe sich der Beschwerdeführer immer wieder und nun immer heftiger mit der Faust auf seine Stirn geschlagen.

Zum Tagesablauf berichte er (S. 73), er könne in der Nacht nicht schlafen. Daher habe er keine feste Zeit, wann er aufstehe. Er mache sich nach dem Aufstehen einen Kaffee. Dann gehe er zum Rauchen ausserhalb der Wohnung. Er ziehe sich dann tagsüber meist in die Wohnung zurück. Da sitze er den ganzen Tag ab. Freunde würden ihm etwas zum Essen bringen und ihm auch seine Tabletten geben. Dann sitze er wieder in der Wohnung ab. Sonst passiere nichts.

Zum Befund führte der Sachverständige aus (S. 76), zum Untersuchungszeitpunkt ein körperlich kräftiger altersentsprechend wirkender 53-jähriger, afrikanisch-stämmiger Mann, welcher alleine und pünktlich zur Untersuchung mit den öffentlichen Verkehrsmitteln angereist sei und keine Schwierigkeiten gehabt habe, das Institut aufzufinden. Er nutze einen Gehstock (Unterarmgehstütze). In der Untersuchung verhalte sich der Beschwerdeführer stark auffällig, habe sich mit der geballten Faust gegen die Stirn unter stöhnenden Lauten geschlagen und zu Beginn grimassiert. Dabei sei er in der Lage, Blickkontakt zum Berichterstatter aufzunehmen, welchen er bei direkter Ansprache auch gut und durchgehend halten könne.

Objektiv liege keine quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörung vor.

Der Beschwerdeführer sei wach und zeitlich auf den Tag und auf das Jahr orientiert. Die Frage nach der örtlichen Orientierung könne er korrekt beantworten und er sei auch situativ orientiert, d.h. er könne benennen, dass er sich in einer Untersuchungssituation befinde und sich in einem Gespräch mit einem Arzt aufhalte. Auch zur Person sei er orientiert und

könne sein Geburts datum sowie seinen Vornamen und Nachnamen benennen. Er beklage keine Gedächtnis störungen und in der Untersuchungssituation sei das Alt- bzw. Langzeitgedächtnis intakt, ohne Hinweise auf Amnesie, Konfabulationen, Paramnesien oder Zeit gitterstörungen . Die Aufmerksamkeit und die Konzentration sei nicht herabgesetzt und im zeitlichen Verlauf der insgesamt gut vierstündigen bidisziplinären Untersuchung komme es zu keinem Abfall der kognitiven Parameter. Der Beschwerdeführer könne dem Untersuchungsverlauf jederzeit folgen. Der formale Gedankengang sei im Tempo regelrecht, ohne verlängerte Antwortlatenzen und in Kohärenz und Stringenz sei das Denken unauffällig. Es seien Angaben von subjektiver Angespanntheit und Flashbacks erfolgt ,

wobei eine Angespanntheit oder aversive emotionale Beteiligung des Beschwerdeführers beim Berichten nicht nachvollziehbar gewesen sei . Hinweise für Wahn sowie Ich-Störung im Sinne von Gedankeneingebung, -ausbreitung oder -beeinflussung, Derealisation und Depersonalisationen hätten sich nicht eruieren lassen und Zwänge und Rituale seien verneint worden und nicht zu beobachten gewesen .

Die kognitive Begabung liege soweit feststellbar im Normbereich. Affektiv sei der Beschwerdeführer gut spürbar, die Grundstimmung indifferent ohne Affektinkontinenz. Er beklage eine schwierige psychosoziale Situation mit beruflicher Perspektivlosigkeit, familiärem Scheitern, finanziellen Problemen mit hohen Schulden und subjektiv empfundener Auswegs- und Hoffnungslosigkeit auf ein besseres Leben. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten und die Vitalgefühle würden als leicht gemindert angegeben. Die Freudfähigkeit und die Interessen seien nicht eingeschränkt, die Psychomotorik unauffällig und der Antrieb nicht reduziert. Das Selbstwertempfinden sei leicht gemindert und es bestünden Angaben eines sozialen Rückzugsverhaltens. Suizidale Ideationen habe der Beschwerdeführer nicht angegeben und passive Todeswünsche oder eine akute Suizidalität bestünden nicht. In der Persönlichkeit sei er ohne Auffälligkeiten und ohne Hinweise auf eine nachhaltige Störung der Ich-Strukturen. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung sei intakt, ohne Störung der Realitätsbeurteilung und die affektive Steuerung und die Impulskontrolle seien im Untersuchungsunauffällig gewesen (S. 77 ff.).

Unter Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen erläuterte der Sachverständige, aus gutachterlicher Sicht stünden multiple und gravierende psychosoziale Belastungen ganz im Vordergrund und dominierten die Psychopathologie des Beschwerdeführers. Auf der Grundlage der ICD-10 Kriterien sei in Bewertung des Eingangskriteriums und des Verhaltens des Beschwerdeführers in der Untersuchung sowie der multiplen Diskrepanzen und Unplausibilitäten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 F43.1 nicht zu stellen. Aufgrund des psychopathologischen Befundes und den Feststellungen im Vorgutachten könne auch nicht von einer chronischen Depression ausgegangen werden. Zudem ergäben sich Zweifel an der medikamentösen antidepressiven Compliance, so dass daraus keine anhaltende mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit resultiere (S. 94 f.) . 3.4.4

Im Konsens hielten die Experten zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit fest (Urk. 7/122/13 f.), aus psychiatrischer Sicht stünden multiple und gravierende psychosoziale Belastungen ganz im Vordergrund und dominierten die Psychopathologie. Aus orthopädischer Sicht sei in «Würdigung» genannter Schonkriterien in einer körperlich leichten wechselnd belastenden, überwiegend sitzend ausgeführten Tätigkeit der

Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. Aus interdisziplinärer Sicht bestünden dabei bezüglich Gesamt-Arbeitsunfähigkeit keine neuen nennenswerten Interferenzen. 4. 4.1

Das interdisziplinäre

(Verlaufs-) Gutachten des I.____ vom 30. Mai 2018 erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E).

1.5), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auseinander, berücksichtigt auch die medizinischen Vorakten und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt reiht sich das Gutachten auch mit Blick auf das etwas mehr als vier Jahre zuvor erstellte Gutachten der

Dr. med. A.____ und B.____

nach vollziehbar in die medizinische Aktenlage ein. Dabei zeigten sich bereits anlässlich der Erstbegutachtung erhebliche Diskrepanzen

zwischen dem subjektiven Beschwerdevortrag, der das Störungsbild einer schweren Depression vermuten liess,

gegenüber den objektiven Untersuchungsbefunden, die lediglich ein leichtes depressives Geschehen ausgewiesen haben. Erheblich mitprägende psychosoziale Belastungsfaktoren wurden bereits damals aufgeführt, indem auf hohe Schulden, zwei gescheiterte Ehen, wenig Kontinuität im Berufsleben und die Erkenntnis, dass der bisherige «Lebensplan» nicht ausreicht hat, um eine stabile psychosoziale Situation zu ermöglichen, hingewiesen wurde.

Kritisch äusserte sich der psychiatrische Vorgutachter auch zur diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung, insofern überhaupt den Angaben des Beschwerdeführers betreffend traumatisierende Erfahrungen

gefolgt werden konnte und ungeachtet dessen, dass

dieser nach seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1990 stetig hat

arbeiten und immer wieder auch in neue Beziehungen hat investieren können. Eine qualitative Funktionseinbusse

aufgrund der diagnostizierten Posttraumatischen Belastungsstörung wurde folglich nicht gesehen und Einschränkungen lediglich im Rahmen des depressiven Geschehens berücksichtigt. Sodann wurde davon ausgegangen, dass bei entsprechender Behandlung von einer Remission der depressiven Symptomatik auszugehen ist

(vgl. Urk. 7/43/15 ff.). Nur unwesentlich anders zeigt sich die psychiatrische

Befundlage auch im Verlaufsgutachten. Nach wie vor beklagt der Beschwerdeführer eine schwierige psychosoziale Situation mit beruflicher Perspektivlosigkeit, familiärem Scheitern, finanziellen Problemen mit hohen Schulden und subjektiv empfundener Auswegs- und Hoffnungslosigkeit auf ein besseres Leben (vgl. Urk. 7/122/93). Zur vordiagnostizierten Posttraumatischen Belastungsstörung zeigte der Gutachter dabei

plausibel auf, dass aufgrund der erhobenen Untersuchungsbefunde eine entsprechende Diagnose unter den Kriterien gemäss Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10 nicht zu stellen ist.

Daran vermag auch

der Hinweis auf eine andere Definition der PTSD (post traumatic stress disorder)

des behandelnden Arzt Dr. Z.____

in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 13. November 2018 (Urk. 7/135) nichts zu ändern. Insofern er vermutet, eine Depression sei vom Gutachter lediglich deshalb akzeptiert worden,

da diese nicht leistungsrelevant

sei und

eine (leistungsauslösende)

PTSD deshalb verneint worden und auch der Vorwurf eines «detektivischen Herausarbeitens von Problemen mit der Konsistenz und Plausibilität» (S. 1 f.), vermag dies in verschiedener Hinsicht nicht zu überzeugen. Denn in Bezug auf den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung ist neben der einwandfrei festgestellten psychischen Erkrankung nach einem anerkannten Klassifikationssystem im Einzelfall entscheidend, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen, wobei das Leistungsvermögen

grundsätzlich anhand von Standardindikatoren zu prüfen ist (vgl. E. 1.2 hiavor). Dabei kann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt

(BGE 141 V 281).

Der Konsistenz und Plausibilität kommt damit besondere Bedeutung zu und deren Herausarbeitung wird im Rahmen der fachpsychiatrischen Untersuchung durch den sachverständigen Facharzt zur versicherungsmedizinischen Beurteilung geradezu gefordert und kann ihm

folglich auch nicht entgegengehalten werden. Abweichende Erkenntnisse ergeben sich diesbezüglich auch aus dem Bericht der

C.____ (E.

3.3.1), dem Austrittsbericht des F.____ (E. 3.3.4) und dem Austrittsbericht der G.____ (E. 3.3.5) nicht, zu welchen der psychiatrische Sachverständige ausführlich Stellung genommen hat (vgl. Urk. 7/122/101 ff.).

Diese Berichterstattungen setzen sich namentlich nicht näher

mit dem bidisziplinären Vorgutachten und einer seither eingetretenen Veränderung des Gesundheitszustandes auseinander und es werden einzig das bereits bekannte Verhalten des Beschwerdeführers in der medizinischen Untersuchungssituation und die geklagten

Beschwerden zum (medizinischen) Befund erhoben, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Mangels neuer Erkenntnisse geben diese Bericht auch keinen Anlass für weitere Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). 4.2

In orthopädischer

Hinsicht zeigte sich die Befundlage anlässlich der Verlaufsbegutachtung im Vergleich zum Vorgutachten ebenfalls nur unwesentlich verändert. Die Rückenproblematik nach lumbaler Operation mit Repositions-Spondylodese und Dekompressionslaminektomie L5/S1 sowie eine progrediente Diskusprotrusion L4/L5 wurde

bereits im Vorgutachten beschrieben und den Limitierungen insofern Rechnung getragen, als das Belastungsprofil auf wechselbelastende Tätigkeiten mit Heben oder Tragen von Gewichten bis zu 10 kg beschränkt wurde

(vgl. E. 3.2.1 f.). Die aktuelle Bildgebung der LWS mittels MRI zeigt

zwar eine fortgeschrittene epifusionale

Osteochondrose im Segment L4/L5 sowie nunmehr eine moderate Kompression der Nervenwurzeln L4. Der Sachverständige sah sich deshalb veranlasst, Schonkriterien für wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten zu formulieren. Ansonsten war aus orthopädischer Sicht weiterhin in einer körperlich leichten wechselnd belastenden, überwiegend sitzend ausgeführten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Dies erscheint nachvollziehbar und in somatischer Hinsicht ergeben sich diesbezüglich auch keine konträren Ansichten. 4.3

Nach dem Gesagten besteht keine Veranlassung, nicht auf das interdisziplinäre Gutachten des I. _____

abzustellen. Es legt einleuchtend dar, dass einzig auf orthopädischem Fachgebiet Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu attestieren waren. Nachvollziehbar sind auch die Beschränkungen im Belastungsprofil. 4.4

Soweit der Beschwerdeführer

vorbringt, es sei unrealistisch, dass er angesichts des Belastungsprofils

und der Schonkriterien eine Tätigkeit finden könne (vgl. Urk. 1 S. 7 f.), ist dem entgegenzuhalten, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt im breiten Sektor von Hilfsarbeitertätigkeiten, wie sie der Beschwerdeführer auch als Lagerist, Magaziner, Allrounder, Staplerfahrer ausgeübt hatte (vgl. Urk. 7/47),

genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten offen stehen. So sind ihm gemäss dem medizinischen Belastungsprofil grundsätzlich alle eher leichteren wechselbelastenden Tätigkeiten in einem Vollzeitpensum zumutbar. Die grundsätzlichen als Schonkriterien formulierten Einschränkungen sind zwar zahlreich, beschränken sich aber im Wesentlichen auf spezifische Arbeiten wie solche

mit stereotypen Bewegungsabläufen, repetitivem Bücken, Kauern und Hocken, Vibrationsbelastungen, Pressen oder Stemmen, Besteigen von Leitern und Arbeiten, die ohne Schutz vor Kälte, Zugluft und Nässe im Freien durchgeführt werden müssen. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass

die

verbleiben die Arbeitskraft bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage wirtschaftlich nicht mehr verwertbar ist. Weitere Gründe, die zu einer anderen Betrachtungsweise Anlass geben könnten, werden keine vorgebracht. Damit ist auch die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, dass

der Beschwerdeführer die verbliebene Arbeitskraft bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage wirtschaftlich weiterhin verwerten kann, nicht zu beanstanden und es ist ihr auch nicht vorzuhalten, konkrete Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten nicht weiter präzisiert respektive präsentiert zu haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_121/2008 vom 4. August 2008 E).

5.1.). 4.5

Zusammenfassend steht fest, dass nach wie vor keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, aus der sich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt. Dies führt zu Abweisung der Beschwerde. 5.

Das Verfahren ist kostenpflichtig und die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind vorliegend erfüllt (vgl. Urk. 1 S. 2 und Urk. 3), weshalb dem Beschwerdeführer antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen ist. Zuzugewährung der unentgeltlichen Prozessführung sind die ihm auferlegten Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Prozesskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 29. April 2019 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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
Der Gerichtsschreiber GräubNef

E. 6

und Urk. 7/9). Die zuständige Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte beruflich-erwerbliche und medizinische

Abklärungen und veranlasste dazu ein interdisziplinäres rheumatologisch/psychiatrisches Gutachten

(Urk. 7/43 ff.) .

Mit Verfügung vom 14. Oktober 2014 wies sie das Leistungsbegehren des Versicherten ab (Urk. 7/64).

E. 7

/ 138) mit Verfügung vom 19. März 2019

fest und verneinte einen Anspruch auf IV-Leistungen (Urk. 2) . 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 29. April 2019 Beschwerde und beantragte (Urk. 1 S. 2), es sei die Verfügung vom 19. März 2019 aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung . Die IV - Stelle schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 5. Juni 2019 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 6. Juni 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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