

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00340 vom 17. Februar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00340

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00340 du 17 février 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00340 del 17 febbraio 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 Sozialv ersicherungsrechts, 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 ge sundheitlichen 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 setzt dabei eine psychia trische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten 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 festge stellte 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 grund sätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleis tung 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).

E. 1.3

). Gemäss der Rechtsprechung des Bundesge richts ist dieses auch nicht entbehrlich, wenn aus medizinischer Sicht nur eine geringfügige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, die von vorn herein keinen rentenrelevanten Invaliditätsgrad zu begründen vermag (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_309/2018 vom 2. August 2018 E. 5.3.2). 7.2

Die erste Kategorie «funktioneller Schweregrad» umfasst die Komplexe «Gesund heitsschädigung», «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3). Zunächst ist hervorzuheben, dass der begutachtende Psychiater klinisch und test psychiatrisch keine eigentliche depressive Symptomatik aufzeigen konnte . Eben so wurde im Verlaufsbericht der B.____ nur eine vorübergehende Verschlech terung in Richtung einer leichten respektive leichten bis mittelgradigen depressiven Epi sode postuliert. Daher ist auch von einem guten Ansprechen auf die psycho therapeutische Begleitung auszugehen.

Eine psychiatrische Komorbidität im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung oder posttraumatischen Belastungsstörung liess sich gutachterlich nicht bestätigen (vgl. E. 3.5 ; ferner auch E. 6.2.2) . Die Berichte des Schmerzzentrums des Y.____ vermögen keine Zweifel daran zu wecken, dass insgesamt nur ein geringfügiges psychisches Leiden besteht (vgl. E.

6.4) . Eine Wechselwirkung zwischen den funktionellen Einschränkungen der linken Hand und den neuropathischen Schmerzen einerseits sowie den psychischen Beschwerden andererseits , wie sie in den Berichten des Y.____ dargelegt wurde (vgl. E. 6.3.3) ,

mag bestehen . Deren ressourcenhemmende Wirkung ist allerdings insofern zu relativieren, als das handchirurgische Resultat letztlich erfreulich und der Beschwerdeführer schmerzmedikamentös zufriedenstellend eingestellt

ist (vgl. E. 6.4.6) . Es fehlen auch Hinweise auf eine misslungene Aufdosierung oder Umstellung der schmerztherapeutischen Medikamente.

Eine in der Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers begründete Diagnose steht nicht zur Diskussion.

Vielmehr wurden seine sozialen Kompetenzen , die Erfüllung der sozialen Erwartungen trotz psychosozialer Belastungsfaktoren in der Vergangenheit , die selbst gegebene Tagesstruktur und das unterstützende soziale Umfeld (Urk. 7/106/122 f.: gute Ehe, gelegentliches Kaffeetrinken mit Bekannten) vom begutachtenden Psychiater (Urk. 7/106/123 und 7/106/133) und auch von den Eingliederungsfachleuten (Urk. 7/55/3) positiv bewertet. Nachdem während der beruflichen Eingliederung zudem noch wiederholt die (nicht krankheitswertige) fehlende Motivation beziehungsweise das fehlende Interesse an Neuem bemängelt wurden, hat der Beschwerdeführer die Stellensuche inzwischen auch selbst an die Hand genommen (vgl. E. 6.4.6).

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der «Konstanz» (BGE 141 V 281 E. 4.4). Das soziale Umfeld des Beschwerdeführers stellt

in diesem Zusammenhang eine Ressource dar. So ist sein familiäres Umfeld stabil und unterstützend (Urk. 7/106/122). Zudem ist unter Hinweis auf das bereits in E. 6.4.6 Ausgeführte zu wiederholen, dass keine massgeblichen psychischen Bedingungen Einschränkungen im Alltag des Beschwerdeführers ersichtlich sind . Er pflegt weiterhin Hobbies und Bekanntschaften und beteiligt sich im Rahmen seiner körperlichen Möglichkeiten an der Hausarbeit

(Urk. 7/106/123). Bei diesem Indikator besonders zu beachten ist ferner , dass soziale Belastungen, soweit diese direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, ausgeklammert bleiben (BGE 141 V 281 E 4.3.3). Aus den Berichten der B.____ und des Schmerzzentrums des Y.____ wird deutlich, dass das Ausmass der Beschwerden vorab durch die Sorge um die berufliche und die finanzielle Zukunft bestimmt wird . Schliesslich wurden die Behandlungsoptionen nicht ausgeschöpft und zeigte sich der Beschwerdeführer

während der Eingliederung nur bedingt motiviert, so dass weder behandlungs- noch eingliederungsanamnestisch ein massgeblicher Leidensdruck ausgewiesen ist . 7.3

Der Beschwerdeführer argumentiert e

zwar rechtlich zutreffend, dass in Bezug auf die invalidisierende Wirkung eines psychischen Leidens nicht allein der fehlende diagnoseinhärente Mindestschweregrad oder

der fehlende Nachweis einer Therapie resistenz ausschlaggebend sind. Er übersah jedoch, dass es der begutachtende Psychiater nicht dabei bewenden liess, sondern sich durchaus mit den Befunden und deren Ausprägung, den Ressourcen, den Einschränkungen im sozialen Kontakt und im Privatleben sowie mit dem behandlungsanamnesticen Leidensdruck auseinandersetzte. Demnach

lässt sich anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit auch aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat –

höchstens eine leicht reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer Hilfstätigkeit bestätigen. Es wurde

n

zwar seit dem Unfall durchwegs psychische Beschwerden festgestellt und in der Regel massigen Beanspruchung einer psychologischen Begleitung mit zuverlässiger Medikamenteneinnahme (vgl. Urk. 7/106/127) widerspiegelt sich auch ein gewisser Leidensdruck. Dieser wirkt sich jedoch bei guten Ressourcen im Alltagsleben kaum merkbar aus (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_668/2018 vom 5. April 2019 E. 4.2 bei gleicher Diagnose und ähnlichem Ergebnis der Indikatorenprüfung). 7.4

Nach dem Gesagten ist eine invalidisierende Wirkung der psychischen Störung nicht gänzlich von der Hand zu weisen, weshalb im Folgenden die erwerblichen Auswirkungen der 20%igen Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit zu prüfen ist.

Offen bleiben kann aufgrund der nachstehenden Ausführungen zum Einkommen s

vergleich die von der Beschwerdegegnerin aufgeworfene Frage, ob die Anpassungsstörung als definitionsgemäss vorübergehende Gesundheitsbeeinträchtigung

überhaupt invalidisierend sein kann. 8. 8.1

Wie das Bundesgericht in seinem Urteil 8C_811/2018 vom 10. April 2019 E. 4.4.2. abermals bestätigt hat, bestehen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt recht sprechungsgemäss genügend realistische Betätigungsmöglichkeiten für Personen, die funktionell als Einarmige zu betrachten sind und überdies nur noch leichte Arbeit verrichten können (Urteile des Bundesgerichts 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E. 4.2.1; 8C_37/2016 vom 8. Juli 2016 E. 5.1.2 mit Hinweis). Es entspricht der Praxis, selbst bei faktischer Einhändigkeit zwar eine erheblich erschwerte Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit anzunehmen, gleichwohl aber sogar bei Versicherten, die ihre dominante Hand - was hier nicht zutrifft - gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt (z.B. als unbelastete Zudienhand) einsetzen können, einen hinreichend grossen Arbeitsmarkt mit realistischen Betätigungsmöglichkeiten zu unterstellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.2 mit Hinweisen).

Längst nicht alle im Arbeitsprozess im weitesten Sinne notwendigen Aufgaben und Funktionen im Rahmen der Überwachung und Prüfung werden durch Computer und automatisierte Maschinen ausgeführt. Abgesehen davon müssen solche Geräte auch bedient und ihr Einsatz ebenfalls überwacht und kontrolliert werden. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz der linken Hand voraussetzen (vgl. dazu SVR 2017 IV Nr. 12 S. 29; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_37/2016 vom 8. Juli 2016 E. 5.1.2 mit Hinweisen). 8. 2

Unter Berücksichtigung des von Dr. D.____, Dr. C.____ und den Gutachtern der A.____ definierten Zumutbarkeit s profils, wonach die adominante Hand noch als Hilfshand eingesetzt werden kann

(vgl. E. 5), ist deshalb von einer voll ständigen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem - hier einzig massgeblichen - ausgeglichenen Arbeit smarkt auszugehen. Zudem sind keine Gründe ersichtlich, weshalb dem Beschwerdeführer nach dem soeben Ausgeführten keine Tätigkeiten im Produktionssektor zumutbar sein sollen (vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 8C_811/2018 vom 10. April 2019 E. 5 für Tätigkeiten unter Ausschluss der linken Hand und 8C_227/2018 vom 14. Juni 2018 E.

4.2.1 für Tätigkeiten bei Einarmigkeit). Wie der Lebenslauf des Beschwerde führers zudem zeigt, vermochte er sich bereits in der Vergangenheit wiederholt beruflich neu zu orientieren (vgl. Urk. 7/106/77 f. : Wirtschaftsstudium, Pflegebe reich, Koch/Angestellter/Geschäftsführer in der Gastronomie, Gartenbau). 8.3

Konkret vermag eine faktische Einhändigkeit oder Beschränkung der dominanten Hand als Zudie nhand gemäss der Rechtsprechung einen Abzug von 20 bis 25 % zu rechtfertigen (Urteile des Bundesgerichts 8C_744/2017 vom 14. Mai 2018 E.

5.2; 8C_527/2012 vom 21.

November

2012 E.

4.2.2.3; 9C_418/2008 vom 17.

September 2008 E. 3.3.2 und 3.3.3; 8C_811/2018 vom 10. April 2018 E. 5.4-5). Allerdings hat das Bundesgericht bei funktioneller Einarmigkeit oder Ein händig keit auch schon Abzüge von 10 % als angemessen bezeichnet (Urteile des Bun desgerichts 9C_783/2015 vom 7. April 2016 E. 4.6 und 8C_971/2008 vom 23. März 2009 E. 4.2.6.2, f erner 8C_471/2017 vom 16. April 2018 E. 5). Unter Be rücksichtigung des ausgeglichenen Arbeitsmarktes kann gegebenenfalls auch von einem Abzug abgesehen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_495/2019 vom 11.

Dezember 2019 E. 4.2.2). Entscheidend sind die gesamten Umstände des kon kre ten Falles (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_800/2017 vom 21. Juni 2018 E. 6).

Der Beschwerdeführer kann seine dominante rechte Hand uneingeschränkt ein setzen, die linke dient ihm immerhin als Hilfshand. Insofern ist der leidens bedingte Abzug von 15 % als im Ermessen der Beschwerdegegnerin stehe nd nicht zu beanstanden. Eine relevante Leistungseinbusse ist gutachterlich nicht ausge wiesen.

Dem Alter kommt im Zusammenhang mit dem Leidensabzug nur beschränkte Bedeutung zu. So fällt der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht. Ausserdem steht fest, dass sich das Alter bei Männern im Alterssegment von 50 bis 64/65 bei Stellen ohne Kaderfunktion eher lohnerhöhend auswirkt (vgl. Urteil des 8C_552/2017 vom 18. Januar 2018 E. 5.4.1 mit diversen Hinweisen). Abgesehen davon, steht dem Beschwerdeführer mit Jahrgang 1965 noch eine eher lange Erwerbsdauer bevor.

Der Beschwerdeführer verfügt sodann über gute mündliche Deutschkenntnis se, nur die schriftlichen erweisen sich als bestenfalls für betriebsinterne Notizen ge nügend (Urk.

7/60/11; vgl. auch Urk. 7/106/124: Therapiesprache Deutsch). Für die in Betracht kommenden Hilfstätigkeiten sind diese somit ausreichend. Den psychischen Beschwerden wird beim Belastungsprofil mit einer Leistungseinbu sse von 20 % Rechnung ge tragen. Diese können nicht doppelt berücksichtigt werden.

Damit sind ausser den Beeinträchtigungen der linken Hand keine weiteren Gründe für einen leidensbedingten Abzug ersichtlich. 8.4

Die Beschwerdegegnerin ging vom im Unfallzeitpunkt laut Schadenmeldung UVG effektiv erzielten Monatslohn von Fr. 5'140.-- aus (Urk. 7/3/4, Urk. 7/114/2) und bezifferte das ohne Gesundheitsschaden erzielte E inkommen auf Fr. 66'820.-- (Fr.

5'140.-- x 13; Urk. 2). U nter Berücksichtigung der vom Beschwerdeführer zu Recht geltend gemachten Nominallohnentwicklung (Stand 2239 im Jahr 2016, Stand 2249 im Jahr 2017; Tabelle T39 Entwicklung der Nominallöhne, der Kon sumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 67'118.-- (Fr. 66'820. -- : 2239 x 2249) i m Jahr 2017.

Anhand der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohn strukturhebung (LSE) für das Jahr 2016 (Tabelle TA1_tirage_skill_level , Privater Sektor, Kompetenzniveau 1 [Zentralwert für Hilfsarbeiten]) beträgt der Monatslohn von Männern Fr. 5'340.-- ; a ngepasst an die genannte Nominal lohn entwicklung sowie die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden errechnet sich ein Einkommen von Fr. 67'102.-- (Fr. 5'340.-- x

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 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 Vier teltrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreivierteltrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt

und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, gestützt auf die Abklärungen des Unfallversicherers sowie das polydisziplinäre Gutachten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in einer somatisch angepassten Tätigkeit. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % wegen

Einhändigkeit resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 15 % (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer hielt in der Beschwerde

dafür, dass die somatischen, vorab chronischen neuropathischen und die psychischen Beschwerden führten zu einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % in jedweder Tätigkeit (Urk. 1 Rz 5 f.). Dem diagnoseinhärenten Schweregrad und der Therapieresistenz komme heute keine ausschlaggebende Bedeutung mehr zu. Das psychiatrische Teilgutachten sei gemäss den behandelnden Ärzten auch fachlich zu beanstanden, womit sich die Beschwerdegegnerin nicht auseinandergesetzt habe. Ebenso wenig habe sie die Erwerbsunfähigkeit bei Ablauf des Wartjahres berücksichtigt

(Urk. 1 Rz 8 ff.).

Beim Valideneinkommen

sei die Nominallohnentwicklung aufzuzeichnen. Beim Invalideneinkommen sei auf den sachgerechten Dienstleistungssektor abzustellen und ein maximaler leidensbedingter Abzug zu gewähren (Urk. 1 Ziff. 13 ff.). 2.3

In der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, eine Anpassungsstörung vermöge als definitionsgemäss vorübergehendes Leiden keine dauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 8 ATSG zu begründen (Urk. 6 Rz 2).

Andere aktenkundige Diagnosen hätten sich in der Begutachtung nicht bestätigen lassen, neue Diagnosen seien seither nicht genannt worden (Urk. 6 Rz 4 ff.). Die Indikatorenprüfung bestätige die gutachterliche Einschätzung. Die objektiven Befunde seien nicht schwer. Der Beschwerdeführer nehme auch nur Trimipramin ein und besuche lediglich zweimal pro Monat den Psychiater. Stationär sei er nicht behandelt worden. Zudem spielten psychosoziale Faktoren (Arbeitslosigkeit, mangelnde Deutschkenntnisse und finanzielle Sorgen) eine Rolle. Von den Behandlungspersonen seien vor und nach der Begutachtung schwere Befunde erhoben worden. Es handle sich dabei

um eine abweichende Beurteilung des gleichen Gesundheitszustandes, wobei dem Gutachten ein

höherer Beweiswert zukomme (Urk. 6 Rz 4). 2.4

In der Replik betonte der Beschwerdeführer, der begutachtende Psychiater habe nicht alle Komorbiditäten mit ressourcenhemmender Wirkung berücksichtigt. Die Kündigung sei ausserdem Folge der Berufsunfähigkeit, weshalb zumindest zu prüfen sei, ob sich diese mittelbar invaliditätsbegründend auswirke (Urk. 9). 3. 3.1

In der Konsensbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens der A.____ vom 5. Januar 201

E. 5

Januar 2019 erstattet (Urk. 7/106) . Die IV-Stelle legte es dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Prüfung vor (Urk. 7/114/6 f.) und liess den Versicherten dazu Stellung nehmen (Urk. 7/111 f.).

Mit Verfügung vom 1. April 2019 verneinte sie sodann einen Rentenanspruch (Urk. 2) . 2.

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 14. Mai 2019 Beschwerde mit dem Antrag, ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren (Urk. 1 S. 2) . Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 21. Juni 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6) . In der Replik vom 27. August 2019

hielt der Versicherte an seine m

Antrag fest (Urk.

E. 5.1

Bezüglich der somatischen Beschwerden hielt Dr. med. C.____ , Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Oberarzt der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie des Y.____ , im Bericht vom 11. Oktober 2017 fest, eine handwerkliche Tätigkeit sei aufgrund der fehlenden Sensibilität im Ulnaris -Gebiet sowie der fehlenden Kraft und damit verbunden der [fehlenden] Sicherheit im Umgang mit schweren Gegenständen mit der linken Hand nicht möglich. Leichte handwerkliche Arbeiten beziehungsweise einhändige handwerkliche Arbeiten, bei welchen die linke Hand als Hilfs hand dazu genommen werden müsse, seien denkbar. Es sei davon auszugehen, dass man mittlerweile nahezu den Endzustand erreicht habe. Weitere chirurgische Massnahmen oder Interventionen zur Verbesserung der Funktion seien nicht indiziert (Urk. 7/52/2) . 5. 2

Die Ergotherapeutinnen erläuterten im Bericht zum Behandlungsverlauf bis Oktober 2017, die Beweglichkeit der Fingergelenke und des Handgelenks habe sich über den gesamten Verlauf gesehen verbessert. Die Hauptschwierigkeit sei die Kraft in der Hand. Durch die Atrophien seien etwa der Pinzetten- und der Dreipunktgriff sehr schwierig, weshalb sich dort die Kraft kaum verbessert habe. Der Beschwerdeführer greife hauptsächlich im Lateralgriff, weshalb sich hier die Kraft leicht verbessert habe. Die Handkraft allgemein habe sich über den gesamten Zeitraum nur leicht verbessert. Tatsache sei, dass sich der jetzige Zustand seiner Hand nicht mehr gross verändern werde. So habe man den Fokus der Therapie auf die Bewältigung von Alltagsaktivitäten im Hinblick auf ressourcen orientierte Massnahmen gelegt, wie das Halten des Bestecks , und mache die letzte Verordnung in grösseren Abständen begleitend fertig (Urk. 7/ 80) . 5. 3

Zudem wurde der Beschwerdeführer am 17. November 2017 von Dr. med. D.____ , Fachärztin für Neurochirurgie, kreisärztlich untersucht. Gemäss Verfügung (Urk.

7/72/3) und Einspracheentscheid (Urk. 7/89/3) der Suva gelangte sie her nach ebenfalls zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Hilfs gärtner nicht mehr vollumfänglich zumutbar sei . In einer angepassten Tätigkeit sei ihm wieder ein ganztägiger Arbeitseinsatz zumutbar. Eine solche umfasse alle Tätigkeiten, bei der die linke Hand nur als Hilfs hand eingesetzt werden müsse. Einschränkungen für die rechte Hand ergäben sich nicht. Weder kraftaufwendige noch feinmotorische handwerkliche Tätigkeiten seien mit der linken Hand noch möglich . 5. 4

Demnach ist als Zwischenfazit festzuhalten, dass die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit den somatischen Beschwerden der einhelligen Meinung in den aktenkundigen medizinischen Berichten entspricht. Sowohl der behandelnde Chirurg als auch die Ergotherapeutin nen und (bei defizitärer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ebenso) die Kreisärztin gingen übereinstimmend mit den Gutachtern der A.____

davon aus, dass der Endzustand des Hand-/Armleidens im Oktober beziehungsweise November 2017 erreicht war. Darüber hinaus sind sich Dr. C.____ und Dr. D.____ auch darin mit den Gutachtern der A.____ einig, dass der Beschwerdeführer die linke Hand aufgrund der eingeschränkten Motorik sowie der fehlenden Kraft und Sensibilität nur noch als Hilfshand einsetzen kann. Dabei kam Dr. D.____ wie die Gutachter der A.____

zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine entsprechend angepasste Tätigkeit vollzeitlich bei voller Leistungsfähigkeit zumutbar sei, während als Hilfgärtner keine massgebliche Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Der Beurteilung von Dr. C.____ ist nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Er führte einzig Funktionsdefizite an und erwähnte keine weitergehende Leistungseinbusse, etwa im Rahmen eines zeitlichen Limits, eines erhöhten Pausenbedarfs oder eines verlangsamten Arbeitstempos.

Es sei angefügt, dass auch der RAD -Arzt die vorstehende Einschätzung etwa in seinen Aktenbeurteilungen vom 7. Februar 2017 (Urk. 7/24/2 : Endzustand voraussichtlich Ende 2017 erreicht)

und 21. Januar 2019 (Urk. 7/114/6 f.: be weiskräftiges Gutachten) teilte.

E. 5.5

Zu ergänzen bleibt, dass die Sozialversicherungen bereits ab Anfang 2017

Massnahmen an die Hand nahmen, um den Beschwerdeführer beruflich abzuklären und einzugliedern (vgl. Urk. 7/60). Der Stellvertreter des behandelnden Chirurgen, Dr. med. E.____, begrüsst diese Evaluation des Berufsweges im Bericht vom 19. April 2017. Dabei beurteilte er die Resultate nach der Verletzung als recht erfreulich und wies bereits damals darauf hin, dass die Funktion der Hand gegebenenfalls auch für leichte Tätigkeiten ohne feinmotorischen Anteil ausreichen dürfte (Urk. 7/33/2). Der Beschwerdeführer selbst berichtete schliesslich am 3. Oktober 2017 über einen recht stationären Befund (Urk. 7/52/1). Anhaltspunkte für eine wesentliche Veränderung der somatischen Beschwerden zwischen Ablauf des Wartjahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) im März 2017 und Behandlungsabschluss im Oktober/November 2017 bestehen somit nicht. Mit anderen Worten ist für diesen Zeitraum keine höhere Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, als im Gutachten der A.____ für den Zeitraum ab 1. November 2017 angegeben. 6. 6.1

Wie bereits vom begutachtenden Psychiater der A.____ zutreffend dargelegt, steht seine Beurteilung des psychischen Leidens alsdann im Einklang mit derjenigen im Rahmen des psychosomatischen Konsils während der stationären Rehabilitation in der Z.____. In jenem Bericht vom 21. Juni 2016 wurde erwähnt, der Beschwerdeführer wirke zu Beginn motorisch unruhig. Sein Bericht über den Unfallhergang wirke zeitweise belastend, jedoch für ihn aushaltbar. Es ergäben sich Hinweise auf unfallassoziertes Vermeidungsverhalten (er bitte darum, keinen roten Stift zu benutzen) und gedankliche Ruminatio n bezü glich zukunfts gewandter Sorgen. Die Konzentrationsfähigkeit wirke reduziert. Ebenfalls leicht reduziert wirkten die emotionale Modulationsfähigkeit und der Antrieb. Der Be

schwerdeführer habe somit vor dem Hintergrund eines schweren Arbeitsunfalles und zukunftsgewandter Sorgen bezüglich der beruflichen Situation eine Anpassungsstörung entwickelt – mit einer ängstlich-depressiven Symptomatik, wozu auch traumaassoziierte Symptome, wie Vermeidungsverhalten, gehörten. Hinweise auf eine vollwertige PTBS fehlten. Im Behandlungsverlauf äussere sich die Ängstlichkeit in einer Neigung zu Schonhaltungen der verletzten Hand, was sich auf den Therapiefortschritt auswirke. Man habe verschiedene

psycho-pharmakologische Herangehensweisen erprobt und mit Surmontil die besten Erfahrungen gemacht. Dieses sei auf 75 mg hochdosiert worden

(Urk. 7/3/142 f.). 6.2

6.2.1

Die Behandlungspersonen der B.____ diagnostizierten in ihrem ersten Bericht vom 11. Januar 2017 eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine PTBS (ICD-10: F43.1). Ein Arbeitsversuch von zu Beginn dreimal wöchentlich zwei Stunden sei sinnvoll. Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben, bevor nicht eine sinnvolle, machbare Tätigkeit gefunden sei (Urk. 7/21). 6.2.2

Aufgrund der im mehrmonatigen Behandlungsverlauf dazu gewonnenen Erkenntnisse wurden die Befunde, die Diagnose

und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Verlaufsbericht der B.____

vom 8. September 2017 relativiert. Mit dem psychiatrischen Gutachten der A.____ gut vereinbar wurde nurmehr

eine aktuell

leichtgradige depressive Episode diagnostiziert und festgehalten, seit der Behandlungsübernahme im November 2016 zeige sich ein überwiegend depressives Zustandsbild. Dieses trete überwiegend in Form einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt in Erscheinung. Im Februar und im Juni 2017 habe sich (bei fehlender Unterstützung

durch die Versicherungen respektive verunsichernde Rückmeldung

aus der beruflichen Abklärung) eine Dekompensation in Richtung einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode

gezeigt.

Im Vordergrund stünden mittelgradige Zukunftsängste und Insuffizienzgefühle, eine mittelgradige Niedergestimmtheit, eine klinisch unauffällige, allerdings

den Beschwerdeführer beeinträchtigende leichtgradige Konzentrations- und Gedächtnisstörung, eine leichtgradig erhöhte Reizbarkeit, die sich im Rapport mit der Referentin nicht bemerkbar mache, und ein leichtgradig verminderter Antrieb. Der Schlaf sei gut. Eine erhöhte Schreckhaftigkeit, Flashbacks oder eine emotionale Abgestumpftheit würden vom Beschwerdeführer verneint.

Nicht zu seinen Gunsten kann dieser aus dem Umstand ableiten, dass ihm im Verlaufsbericht der B.____ immer noch ein

im Vergleich zur Expertise geringfügig höhere, vor allem leistungsbezogene Einschränkung von 40 % aufgrund der kognitiven Einschränkung

attestiert wurde. Diese erweist sich als deutlich zu wohlwollend, wurde sie doch ausdrücklich mit der subjektiven, gemäss Befund klinisch aber unauffälligen Konzentrations- und Gedächtnisstörung und ansonsten einzig mit

Zukunfts- und Versagensängsten begründet. Weiter wurde im Verlaufsbericht der B.____, wie später auch vom begutachtenden Psychiater, auf bei Bedarf bestehende Optionen zur Intensivierung der Therapie hingewiesen. Da für diesen die somatischen Symptome im Vordergrund stünden und

er durch die für ihn widersprüchlichen Aussagen im Helfernetz und

den nicht nachvollziehbaren Abbau der Handtherapien verunsichert sei, nehme das Erarbeiten eines psychotherapeutischen Zugangs Monate in Anspruch. Eine Sitzungsfrequenz von

zwei mal [statt wie bis dahin einmal] monatlich sei denkbar. Der Einsatz einer Medikation sei je nach Ausprägung des depressiven Schweregrades indiziert. Derzeit habe man der in der Schmerztherapie verordnete n Medikation von Summontil 25

mg und Lyrica 150 mg nichts zugefügt (Urk. 7/53). 6.3 6.3.1

Ab Januar 2017 nahm der Beschwerdeführer im Schmerzzentrum des Y.____ eine Schmerztherapie

wahr, ab September 2017 übernahm dieses auch die psychologische Begleitung (Urk. 7/53/3). In den

praktisch identischen

Berichten

vom 22. Januar (Urk. 7/79) und 26. April 2018 (Urk. 7/86 /2- 4), unterzeichnet von einem Psychiater, einer Psychologin und einer Fachärztin für Anästhesiologie,

wurden die Diagnosen mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychische Symptome (ICD-10: F32.3) und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) gestellt.

Es wurden Gedächtnisprobleme und eine eingeschränkte Konzentration erhoben. Berichtet worden seien

auch Intrusionen, spontan und bei akustischen Reizen. Weitere Befunde seien

starkes Grübeln mit Gedankenkreisen, deutliche depressive Symptomatik, Niedergestimmtheit, Freud- und Hoffnungslosigkeit, verminderter Antrieb, eingeschränkte Schwingungsfähigkeit, schnell eintretende Müdigkeit nach leichter Anstrengung, Zukunfts- und

katastrophisierende Ängste, zeitweise keinerlei Zuversicht, fehlende Selbstwirksamkeit, innere Unruhe, Gereiztheit und

zeitweilige Übererregung, die sich in erhöhter Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit und mangelnder Affekttoleranz äussere, sozialer Rückzug, deutliche

Insuffizienzgefühle, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Alpträume (Urk. 7/86/4).

Aus somatischer Sicht leide der Beschwerdeführer seit dem Unfall unter überwiegend neuropathischen Schmerzen und Funktionseinschränkungen. In einer Zusammenschau der Akten, d.h. des

Verlaufsberichts

von Dr. C.____ vom Oktober 2016, des ergotherapeutischen

Berichts

vom Oktober 2017 und des

Berichts der beruflichen Fachleute vom Mai 2017, ergebe sich, dass keine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsleistung bestehe und diese aufgrund fehlender nervlicher Verbindung nicht verbessert werden könne (Urk. 7/86/4 f.). Die Medikation (Lyrica und Surmontil) werde als Erstlinienbehandlung bei Nervenschmerzen empfohlen und habe zentralnervöse Nebenwirkungen, wie Müdigkeit und Beeinträchtigung der Konzentration (Urk. 7/79/2).

Die depressive Symptomatik

habe sich nach der Kündigung [der Arbeitsstelle] im September 2017 deutlich verschlechtert. Der Beschwerdeführer habe dadurch seine Identität als Familienoberhaupt und Berufsmensch verloren. Es bestünden verstärkte Ängste, verbunden mit einer ausgeprägt geringen Selbstwirksamkeit. Die

Selbsteinschätzung habe damals Hinweise auf eine schwere depressive Episode ergeben. Die Angstsymptome und das Vermeidungsverhalten enthielten eine traumaspezifische

Symptomatik. Durch den Unfall seien die

traumatischen Kriegs- und Fluchterfahrungen (Morden und Bedrohungen im Dorf; die Ehefrau habe mitangesehen, wie der 1½-jährige Sohn aus dem 1. Stock geschubst worden sei; Gewalt auf der Flucht) reaktiviert worden. Bei klinischen Symptomen wie Wiedererinnern mit Flashbacks, Vermeidung und Hyperarousal

habe sich in der Selbsteinschätzung vom Oktober 2017 das Vorliegen einer PTBS bestätigt (Urk. 7/79/4). 6.3.2

Im

jüngeren der beiden erwähnten Berichte

wurde ergänzt, die Arbeitsfähigkeit sei in einem mehrmonatigen Arbeitstraining im Sinne einer Integrationsmassnahme im zweiten Arbeitsmarkt einzuschätzen. Aktuell bestehe eine solche von 50% auf dem zweiten Arbeitsmarkt.

Ein Probetag im F.____ sei gescheitert. Gemäss telefonischer Auskunft der Mitarbeiterin des G.____

habe diese ihren Auftrag, die Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt, nicht erfüllen können und eine integrative Eingliederung und Tätigkeit im zweiten Arbeitsmarkt als zielführend erachtet. Die Stellensuche verunsichere den Beschwerdeführer, da keine Arbeitsfelder sichtbar seien und er nur eingeschränkt arbeitsfähig sei. Die somatische Belastbarkeit sei ungeklärt, die psychische deutlich eingeschränkt. Die Konzentration sei ab

zwei Stunden vermindert. Die Durchhaltefähigkeit, die Flexibilität, die Umstellungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben seien eingeschränkt. Es bestünden ein Mangel an Selbstwirksamkeit und eine tiefgreifende Verunsicherung (Urk. 7/86/5-7). 6.3.3

Im Verlaufsbericht

des Y.____

vom 21. März 2019 lag das Augenmerk auf den chronischen, neuropathischen Schmerzen.

Solche seien mit grosser Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit gegeben. Die Hauptschmerzlokalisierung finde sich in einem neuroanatomisch plausiblen Areal, dem Innervationsgebiet des Mittelarmnervs. Es liege zudem eine durch einen diagnostischen Test bestätigte relevante Läsion des somatosensorischen Systems vor, nämlich eine durch die Elektrophysiologie vom 26. November 2018 erwiesene Nervendurchtrennung. Es gebe negative (Hypästhesie) und positive (Kältehyperästhesie/-hyperalgesie, Parästhesien) Befunde. Sensibilitätsstörungen bestünden auch ausserhalb des Innervationsgebietes von Ellen- und Mittelarmnerv, möglicherweise in jenem der Nervi cutanei, antibrachii medialis und lateralis nach Verletzung derselben. Eine genaue Zuordnung sei schwierig und lasse die Sensibilitätsstörungen diffus erscheinen. Die nicht nur belastungsabhängigen, sondern auch spontanen Schmerzverstärkungen trügen wesentlich zur Invalidisierung bei.

Ferner

spezifizierten die Behandlungspersonen

die Symptome der schweren depressiven Episode nach Erhalt der Kündigung (ausgeprägte Freudlosigkeit, Interesenverlust, Antriebslosigkeit, schnelle Ermüdung, Gedankenkreisen mit negativer Gedankenspirale, Beeinträchtigung von Konzentration und Gedächtnis, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sowie Zukunftsängste). Die Depression habe sich heute klinisch leicht stabilisiert, sei aber nach wie vor in mittelgradiger Ausprägung vorhanden. Die verzögerte Angstreaktion, die traumaspesifischen Symptome, die Intrusionen (letztmals berichtet im Januar 2019), die Alpträume und das Vermeidungsverhalten liessen sich mit der durch den Unfall reaktivierten Traumatisierung während Krieg und Flucht

erklären.

Den starken, übertriebenen Ängsten, der ängstlichen Verarbeitung des Schmerzes, den Stresssymptomen, der geringen Selbstwirksamkeit, dem niedrigen Selbstwert, der Hilflosigkeit und den Ohnmachtsgefühlen sei eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung und Exazerbation des Schmerzes beizumessen. Es bestehe ein Teufelskreis, indem sich Ängste, Depression, Stress und Schmerz gegenseitig verstärkten. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden sowie berufliche und soziale Beeinträchtigungen: Verlust der Rolle des Berufstätigen und der Identität als Familienoberhaupt, finanzielle Sorgen, Schlafstörungen, einen Verlust des sozialen Kontextes und eine Depression.

Es wurde geschlussfolgert, im Gutachten der A.____ würden die psychischen Unfallfolgen ungenügend exploriert und ihre Rolle bei der Aufrechterhaltung und Exazerbation des Schmerzes nicht berücksichtigt. Die Diskrepanzen in den Befunden seien so erheblich, dass man den Beschwerdeführer beinahe nicht erkannt habe. Die Kündigung als

einschneidendes, destabilisierendes Ereignis werde nicht einmal erwähnt. Die Schwere der psychischen Krankheit, die biographischen Belastungen, die Folgen, wie sie sich in der Verarbeitung des Unfalls und der Schmerzen zeigten, die Vielzahl und stark ausgeprägten psychischen Symptome und die starken Funktionseinschränkungen sprächen deutlich gegen eine Anpassungsstörung

(Urk. 7/113/1-3). 6.3.4

Im Bericht vom 26. März 2019 attestierten die behandelnde Psychologin und die behandelnde Fachärztin für Anästhesiologie

des Y.____

dem Beschwerdeführer erneut eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % auf dem zweiten Arbeitsmarkt wegen der geringen psychischen Belastbarkeit sowie den chronischen neuropathischen Schmerzen. Im Sinne einer Arbeitsintegrationsmassnahme könne man das Pensum, beginnen mit 20 bis 30 %, bei gutem Verlauf steigern (Urk.

7/113/5). 6.4 6.4.1

Dem psychiatrischen Konsil vom Juni 2016, der abschliessenden Beurteilung der B.____ vom September 2017 und der gutachterlichen Einschätzung vom Oktober 2018

stehen somit die Berichte des Schmerzzentrums des Y.____ gegenüber.

In diesen wurde eine deutlich grössere Anzahl und stärkere Ausprägung von psychischen Symptomen

festgestellt, was zu einer abweichenden Diagnosestellung führte. Es ist vorab anzumerken, dass die Einnahme von Surmontil und Lyrica

keine Erklärung für die unterschiedliche Beurteilung der kognitiven Einschränkungen bietet, da diese über den gesamten Zeitraum

verordnet wurden. Zudem deutet nichts auf einen stark fluktuierenden Krankheitsverlauf hin. Einerseits wurden im Verlaufsbericht der B.____

nur leichte, vorübergehende Verschlechterungen im Zusammenhang mit belastenden Momenten bei der beruflichen Abklärung erörtert (ferner auch Urk. 7/86/10 zum stabilen psychischen Zustand während der beruflichen Grundabklärung). Andererseits finden sich im Verlaufsbericht des Schmerzzentrums des Y.____, verfasst ein halbes Jahr nach der umstrittenen psychiatrischen Begutachtung, keine Hinweise auf Phasen mit massgeblicher Remission der depressiven Symptomatik. Vielmehr wurde diese als nur leicht stabilisiert, aber nach wie vor mittelgradig ausgedrückt beschrieben. 6.4.2

Im Wesentlichen handelt es sich somit

um unterschiedliche Beurteilungen des gleichen Sachverhalts.

Es gilt daher zu beachten, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1; 137 V 210 E. 3.4.2.3). Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege

artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Vorliegend s trittig sind

vorab

die Ausprägung und damit verbunden die diagnostische Einordnung der psychischen Leiden, die naturgemäss mit Ermessen verbunden sind. Der begutachtende Psychiater der A.____

hat dabei die selbst erhobenen und aktenkundigen

Befunde anhand der diagnostischen Kriterien der ICD-10- Klassifikation

nachvollziehbar gewürdigt und die in den Vorakten

genannten

schwereren Diagnosen schlüssig verworfen. 6.4.3

Betreffend PTBS ist festzuhalten, dass diese gemäss ICD-10-Klassifikation als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypischen Ausmasses entsteht, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung beträgt wenige Wochen bis (sechs) Monate. Bei grösserem zeitlichem Abstand ist die Diagnose noch «wahrscheinlich» - vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose (etwa eine depressive Episode) gestellt werden. Der Verlauf einer PTBS ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle ist eine Heilung zu erwarten. Progrediente Entwicklungen widersprechen dem zu erwartenden depressiven Charakter (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling /

Mombour /Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 207 f.; ausführlich: BGE 142 V 342 E. 5 und Urteil des Bundesgerichts 9C_298/2017 vom 4. September 2017 E. 4.2 je mit Hinweisen).

Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer vor seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1999 (vgl. Urk. 7/4/3) ernsthaft bedroht wurde, Gewalt erfuhr oder Zeuge von exzessiver Gewalt an anderen wurde, sind nicht aktenkundig (vgl. auch seine Angaben in der Begutachtung, Urk. 7/106/121). Weiter wurden im Bericht der B.____ vom 11. Januar 2017 zwar neben den psychischen Beschwerden infolge der postoperativen Aufklärung über das Verletzungsausmass auch ca. vier Wochen nach dem Unfall aufgetretene, überwiegend nächtliche Flashbacks in Form von Alpträumen und Wacherinnerungen an das Unfallereignis erwähnt, die mehrere Monate angehalten hätten. Im Befund erhoben wurden jedoch nur noch ausgeprägte Schlafstörungen (Urk. 7/21/1). Im Verlaufsbericht der B.____ vom 8. September 2017 wurde der Schlaf als gut beschrieben und ausdrücklich vermerkt, dass der Beschwerdeführer eine Schreckhaftigkeit, Flashbacks oder eine emotionale Abgestumpftheit verneine (Urk. 7/53/1). In der psychiatrischen Begutachtung selbst beklagte er

nur schmerzbedingte Schlafstörungen und eine unfallbedingte Abneigung gegen Lärm (Urk. 7/106/118-120).

Der in den Berichten des Schmerzzentrums des Y.____

nach Übernahme der Behandlung etwa eineinhalb Jahre nach dem Unfall skizzierte, in diesem Sinne progressive Verlauf mit neu Intrusionen von fast zwei Jahrzehnten zurück liegen den, nicht spezifizierten Kriegserlebnissen nach zunächst vollständigem Abklingen der traumaassoziierten Symptomatik einzig mit Bezug auf das Unfallereignis und bei Vorliegen eines davon unabhängigen depressiven Zustandsbildes vermag daher nicht zu überzeugen. 6.4.4

Im Unterschied zur somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 : F45.40), bei der ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz im Vordergrund steht, wird mit der in den Berichten des Schmerzzentrums des Y.____ ebenfalls diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) nur ein über sechs Monate bestehender Schmerz in mehreren anatomischen Regionen beschrieben. Letzterer fehlt damit ein Bezug zum Schweregrad. Die Diagnose setzt nur, aber immerhin voraus, dass der Schmerz «in klinisch bedeutsamer Weise» Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen hervorruft (vgl. BGE 143 V 418 E. 5.1).

Die von den Behandlungspersonen des Y.____ angeführten Beeinträchtigungen haben ihren Ursprung allerdings

in den funktionellen Einschränkungen der linken Hand. Weder verlor der Beschwerdeführer seine Arbeitsstelle aufgrund einer Schmerzverarbeitungsstörung, noch stellt das depressive Zustandsbild eine Begleiterscheinung zu einer solchen dar. Die psychischen Beschwerden bestehen seit

der Aufklärung über das Verletzungsausmass durch den Chirurgen und ihre Ausprägung hängt gemäss den Berichten der Behandlungspersonen

in erster Linie von psychosozialen Faktoren (Kündigung, Rückmeldung der beruflichen Abklärung) ab.

Der Beschwerdeführer

nannte

in der Begutachtung auch keine massgeblichen, schmerzbedingten Einschränkungen im Alltag oder bei der Arbeitssuche mit Ausnahme der Schlafstörungen. Er schwimmt, spaziert, trinkt gelegentlich mit Bekanntheit einen Kaffee, lenkt für kurze Strecken ein Auto, hilft im Haushalt, verfügt über ein stabiles soziales Umfeld in- und ausserhalb der Familie, folgt einem geregelten Tagesablauf und bewirbt sich als Lagerist oder Nachtportier, wobei sich bei der Stellensuche vorab die fehlende Ausbildung als problematisch erweist

(vgl. Urk. 7/106/11 9-122).

Im Bericht des Y.____ wurde daher zu Recht keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Zudem ist nachvollziehbar, dass der begutachtende Psychiater auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren unter Hinweis auf die geringen Behandlungsbemühungen verneinte. Die von den Behandlern nachträglich in den Berichten aus dem Jahr 2019 aufgezeigten Auswirkungen vermögen keine

Schmerzverarbeitungsstörung

zu plausibilisieren . 6.4.5

Es bleibt zu ergänzen, dass aufgrund der regelmässig über den gesamten Krankheitsverlauf von verschiedenen Fachärzten einhellig diagnostizierten Anpassungsstörung, der soeben erläuterten Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Aktivitäten im Zeitpunkt der Begutachtung und dem Umfang der psychotherapeutischen/-pharmakologischen Therapie erhebliche Zweifel an einer von September 2017 bis März 2019 andauernde n mittelgradigen bis schweren depressiven Episode bestehen . Darüber hinaus sind soziale Belastungen, die direkt negative

funktionelle Folgezeitigen, vom medizinischen Leiden auszuklammern . Selbst wenn somit aufgrund der im September 2017 ausgesprochenen Kündigung vorübergehend eine krankheitswertige depressive Störung vorgelegen hätte, vermöchte diese keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_674/2015 vom 2. Februar 2016 E. 4.2

mit Hinweis insbesondere auf BGE 127 V 294 E. 5a). 6.4. 6

Schliesslich ist auf die selektive Zusammenstellung von Angaben unter dem Aspekt «Somatisch» in den Y.____-Berichten hin zuweisen . Diese suggeriert eine aufgrund der körperlichen Einschränkungen im ersten Arbeitsmarkt nicht verwertbare Arbeitsleistung, was indessen den einhelligen fachärztlichen Einschätzungen bei Behandlungsabschluss im Herbst 2017

klar widerspricht (vgl. E. 5). Ergänzend ist zu betonen, dass Dr. E.____ im Bericht vom 19. April 2017 auf grund der Angaben des Beschwerdeführers zum Schluss kam, dieser sei auf eine adäquate Basis- und neuropathische Schmerzmedikation eingestellt, mit der er gut zurecht komme . Die Schmerzen am Unterarm im Bereich der Narbe hätten deutlich nachgelassen, so dass dort nun auch Berührungen möglich seien.

Die Hand setzte er im Alltag zunehmend auch für leichtere Tätigkeiten ein (Urk.

7/33/1). Der Beschwerdeführer selbst berichtete am 3. Oktober 2017 alsdann über einen recht stationären Befund (Urk. 7/52/1).

Nach der Rechtsprechung ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4 und 9C_401/2014 vom 26. November 2014 E. 4.2.2; je mit Hinweis). Dies hat umso mehr zu gelten, wenn die Experten – wie hier etwa der begutachtende Neurologe mit Hinweisen auf ein Schonverhalten und Inkonsistenzen in der Untersuchung (vgl. E. 3.4) – selbstlimitierendes Verhalten feststellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.4).

Dass eine berufliche Eingliederung bisher scheiterte,

ändert daran nichts . Einerseits bestehen auch invaliditätsfremde Faktoren, welche die Stellensuche erschweren (etwa

mangelhafte schriftliche Deutsch-/Computerkenntnisse). Wiederholt thematisiert wurde hierbei auch die bis anhin fehlende Motivation, die abwartende Haltung respektive das

fehlende Interesse des Beschwerdeführers (Urk.

7/23/3, 7/55/3 , 7/60/

E. 9

wurden beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: - Status nach Kreissägenverletzung am Unterarm palmar im mittleren Drittel links (dominant) mit einem Status nach vollständiger Durchtrennung des Nervus

ulnaris , des Nervus

medianus und der Arteria

ulnaris , mit Durchtrennung der tenomuskulären Übergänge FDP und FDS II bis IV, FCU und Palmaris

longus sowie aktuell mit grösserer Teilreinnervation des Nervus

medianus als des Nervus

ulnaris nach epineuraler

Koadaptation am Unfalltag - Anpassungsstörung mit emotionaler Symptomatik (längere depressive Reaktion) im Sinne von ICD-10: F43.2 (Urk. 7/106/13). 3.2

Die Gutachter schlussfolgerten, beim Beschwerdeführer bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer Verweistätigkeit

besteh e seit dem 1. November 2017 noch eine solche von 20 %, bedingt durch die psychischen Beschwerden . Es gelte das im handchirurgischen Teilgutachten definierte Fähigkeitsprofil.

Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der rechtzeitig erhobenen Befunde und der gestützt darauf vorgenommenen Diagnosen und Arbeitsfähigkeits einschätzungen nicht möglich. Aufgrund der aktuellen Befunde und Diagnosen seien jedoch die als wesentlich erachteten Beurteilungen nachvollziehbar. Nach dem Unfall vom 8. März 2016 möge sich eine Anpassungsstörung eingestellt haben, die heute noch geringfügig, diskret Symptome und Auswirkungen zeitige, so dass von einer länger währenden Reaktion zu sprechen sei. Sollte – wie in verschiedenen Arztberichten aufgeführt –

eine schwere depressive Symptomatik bestanden habe, so könne eine ausgeprägte Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben. Es frage sich allerdings, weshalb der Beschwerdeführer diesfalls

nicht hospitalisiert worden sei und keine psychopharmakotherapeutische Intervention erfolgt sei.

Die Beurteilung psychiatrischerseits gelte für die nächsten 12 Monate. Danach dürfe angenommen werden, dass aus psychiatrischer Sicht keine Reduktion der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Aus handchirurgischer Sicht sollte zunächst eine Arbeitserprobung im geschützten Rahmen erfolgen. Nach entsprechender Einarbeitung mit einer Teilbelastung , beginnend mit 50 % , könne die Arbeitsbelastung auf 100 % erfolgen (Urk. 7/106/16 f.).
3.3

Dem handchirurgischen Teilgutachten der A.____ vom 17. November 2018 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über eine Kraftlosigkeit der linken Hand klagte. Er könne maximal Gegenstände bis zu einem Gewicht von 1 kg anheben. Es falle ihm schwer, etwas von der Tischplatte aufzuheben oder die Gabel festzuhalten. Er habe nicht wirklich Kontrolle über die linke Hand und benütze diese nur unterstützend. In den Fingern IV und V habe er keine Gefühle mehr. Diese Gefühllosigkeit setze sich bis zum Unterarm im Bereich der ulnaren Kante fort. Die Empfindung in den Fingern I bis III sei deutlich vermindert. Diese Gefühllosigkeit dehne sich an der Unterarmoberseite bis zum proximalen Drittel aus. Weiter bestünden einstrahlende Schmerzen im Bereich der linken Schulter bis zu den Spitzen der Finger I bis III. Diese würden überwiegend am Nachmittag auftreten, ca. 45 Minuten dauern und einen Wert von 6 bis 8 auf der visuellen analogen Schmerzskala erreichen. Vier- bis fünfmal pro Woche sei dadurch auch die Nachtruhe gestört. Er wache dann auf und nehme ein Schmerzmittel ein. Ferner leide er an einem unkontrollierten, quälenden Juckreiz in den Schmerzarealen (Urk. 7/106/47).

Der begutachtende Chirurg

kam zum Schluss, in seinem Beruf als Landschaftsgärtner sei der Beschwerdeführer ab Unfalldatum vollständig arbeitsunfähig. An die linke Hand könnten keine grossen Ansprüche in Bezug auf Kraftentfaltung, Funktionalität und Feinmotorik gestellt werden. Diese könne für eine beidhändige Tätigkeit nur als gering unterstützende Hand für die rechte Hand eingesetzt werden. Zunächst sollte eine Arbeitserprobung im geschützten Rahmen erfolgen. Nach entsprechender Einarbeitung mit einer Teilbelastung beginnend bei 50 % könne eine Arbeitsbelastung von 100 % erfolgen. Während der Anwesenheit bestehe keine Leistungsminderung (Urk. 7/106/ 63 f.). 3.4

Gemäss dem neurologischen Teilgutachten der A.____ vom 15. Dezember 2018 gab der Beschwerdeführer an, von der Schnittstelle am linken Unterarm nach oben bis zur Schulter und nach unten bis in die Finger hineinziehend Schmerzen zu haben. An Klein- und Ringfinger habe er kein Gefühl mehr, am Daumen und Mittelfinger sei das Gefühl vermindert. Er könne durchaus einen Faustschluss machen, habe aber keine Kraft, um etwa ein Kilo Zucker oder anderes Schweres zu heben. Schmerzen habe er sowohl in Ruhe wie auch beim Tragen. Es strahle von der Verletzung aus in die Finger und bis zum Ellbogen, manchmal auch bis zur Schulter. Er müsse den Arm immer wieder in eine andere Position bringen. Wenn er diesen im Sitzen auf dem Oberschenkel auflege, sei es ganz gut. Wenn er ihn nach oben halte, könne er dies nur für kurze Zeit tun, dann werde die Hand wie betäubt. Manchmal sei die Hand auch geschwollen, wes halb er einen Handschuh trage. Nachts trage er einen verlängerten Handschuh, der bis über den Ellbogen gehe. Er wechsele den Handschuh je nach Schmerzgrad und Schwellung. Die linke Hand sei auch kälteempfindlich (Urk. 7/106/95).

Er gehe gegen 22 Uhr zu Bett und stehe gegen 7 Uhr auf. Der Schlaf werde drei- bis viermal durch Schmerzen in Hand und Arm unterbrochen. Manchmal müsse er den Arm auch umlegen (Urk. 7/106/96).

Der begutachtende Neurologe hob hervor, dass der Untersuchungsbefund Inkonsistenzen enthalte, unter anderem mit der zirkulären Begrenzung der Sensibilitätsstörung am linken Unterarm, den weitgehend fehlenden Muskelatrophien und fehlenden trophischen Störungen im jeweiligen Nervenversorgungsgebiet bei willentlich verstärkter Schonung und demonstrativem Nichteinsatz der linken Hand. Es ergebe sich der Eindruck, dass der

Beschwerdeführer am Funktionsniveau der ursprünglich stärker geschädigten Hand festhalte. Das klinisch-neurologische Bild entspreche nicht einem vollständigen Ulnaris-Ausfall. Für den Nervus

medianus zeige sich bei der Untersuchung ein Teilausfall, der über zwei Jahre nach dem Unfall einem Endzustand entsprechen könnte. Schmerzen würden ganz überwiegend im Läsions-/Operationsgebiet angegeben und zu einer zusätzlichen Einschränkung der Beweglichkeit der Hand führen. Sensibel bestehe ein Schwellungsgefühl der linken Hand, das den Beschwerdeführer zum Tragen unterschiedlicher Handschuhe veranlasse (Urk. 7/106/102).

Bei der elektrophysiologischen Untersuchung am 26. November 2018 (vgl. Urk. 7/106/109) habe sich das Bild einer hochgradigen, aber nicht (mehr) kompletten Schädigung von Nervus

medianus und Nervus

ulnaris der linken Hand gezeigt. Dies bedeute, dass die chirurgische Nervennaht zu einer partiellen Reinnervation der von diesen Nerven versorgten Handmuskeln geführt habe. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Nerven zeige sich nicht, d.h. medianus- und ulnarisversorgte Muskeln seien elektrophysiologisch in etwa gleicher Schwere betroffen. Von beiden Nerven lasse sich noch kein sensibles Aktionspotential ableiten. Der elektrophysiologische Befund entspreche somit der klinischen Einschätzung insoweit die motorischen Fasern beider Nerven (wieder) elektrisch stimulierbar seien und sich von entsprechenden Muskeln beider Nerven willkürlich generierte Aktionspotentiale ableiten liessen (Urk. 7/106/102-104).

Der Umgang des Beschwerdeführers mit den vorhandenen Defiziten sei noch sehr passiv; bei aktiverer Herangehensweise sollte eine höhere Arbeitsfähigkeit erreichbar sein. Aus neurologischer Sicht könne er in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vollschichtig anwesend sein. Eine Einschränkung der Leistung bestehe durch die höhergradige

Ulnarisschädigung, geringer auch durch die zusätzlich vorhandene geringer ausgeprägte Medianus-Schädigung der gleichen

Hand. Hierdurch resultiere eine Einschränkung der Leistung von 30%. Als optimal angepasste Tätigkeiten kämen leichte handwerkliche oder administrative Tätigkeiten in Betracht, bei denen der linken Hand der Part einer Hilfs-Hand zukomme. Auch der Einsatz in einer Bibliothek (wo sich der Beschwerdeführer kürzlich vorgestellt habe) erscheine leistungsgerecht. Die Arbeitsfähigkeit in einer solchen Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt werde bezogen auf ein 100%-Pensum auf 100% geschätzt (Urk. 7/106/105). 3.5

Die psychiatrische Begutachtung in der A. ___ fand am 10. Oktober 2018 statt (Urk. 7/106/112). Im psychischen Befund fänden sich leichte Auffälligkeiten im Bereich der Psychomotorik mit Angespanntheit und etwas motorischer Unruhe sowie im Bereich der Affektivität mit einer sorgenvollen Herabgestimmtheit, etwas dysthymen Grundgestimmtheit, wobei die Schwierigkeiten (richtig wohl: Schwingungsfähigkeit, Urk. 7/106/125) erhalten sei. Es habe sich eine leichte Belastung gezeigt, als der Beschwerdeführer über den Unfallhergang berichtet habe, so dass insgesamt noch von einer diskret Trauma-assoziierten Belastung ausgegangen werden könne. Diese sei am einfachsten mit der Diagnose einer Anpassungsstörung mit emotionaler Reaktion zu fassen. Die Reaktion dürfe als verlängert aufgefasst werden. Entsprechend der Definition der

ICD-10-Kodierung dürfte die Anpassungsstörung im Begriff sein abzuheilen. Eine eigentliche depressive Symptomatik habe sich nicht abgezeichnet und auch testpsychiatrisch (HAMD17) nicht aufzeigen lassen (Urk. 7/106/129).

Die gestellte Diagnose entspreche derjenigen des psychosomatischen Konsils der Z.____ vom 21. Juni 2016 (vgl. Urk. 7/3/142 f.). Eine mittelgradige depressive Episode, wie im Bericht der B.____ vom 11.

Januar 2017 (vgl. Urk. 7/21), oder gar eine mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, entsprechend den Berichten der Schmerzsprechstunde des Y.____ vom 22. Januar (vgl. Urk. 7/79) und 26. April 2018 (vgl. Urk. 7/86/1-8), sei nicht feststellbar gewesen und schwer als vorübergehend zu explorieren. Leichte und mittelgradige depressive Episoden seien ohne hin nicht geeignet, eine (in ihrem Ausmass rentenbegründende) Arbeitsunfähigkeit auf Dauer

zu bedingen. Zusätzlich seien depressive Störungen prinzipiell behandelbar und hätten eine gute Prognose. Dies scheine auch beim Beschwerdeführer der Fall zu sein. Sollte zuvor eine schwerere depressive Störung bestanden haben, dürfte diese zumindest als gebessert bezeichnet werden. Im Bericht der Z.____ vom 30. Mai 2017 (vgl. Urk. 7/86/9-16) werde die psychische Situation während der beruflichen Grundabklärung als stabil bezeichnet. Sollte eine schwerere depressive Symptomatik bestanden haben, müsste zudem die Frage aufgeworfen werden, weshalb der Beschwerdeführer nie hospitalisiert worden und mit Ausnahme einer doch eher niedrig dosierten, am ehesten schlaf anstossenden Medikation (25 mg Trimipramin zur Nacht) keine psychopharmakologische therapeutische Intervention erfolgt sei (Urk. 7/106/129 f.).

Mit Sicherheit ausgeschlossen werden könne eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), wie sie in den Berichten der B.____ vom 11. Januar 2017 oder der Schmerzsprechstunde vom 22. Januar 2018 (vgl. Urk. 7/79) angeführt worden sei. Mit Blick auf die ICD-10-Kodierung fehle es an den notwendigen Auslösekriterien und es lasse sich (auch vorbestehend) keine Symptomatik ausmachen, wie sie die Diagnose einer deutlichen Traumafolgestörung bedingen würde. Der häufige Gebrauch des Begriffs PTBS lasse auf eine unkritische und unpräzise Handhabung der diagnostischen Kriterien schliessen (Urk. 7/106/130). An wesentlichen Kriegshandlungen sei der Beschwerdeführer nicht beteiligt gewesen. Für ihn habe auch keine eigentliche Bedrohung bestanden (Urk. 7/106/131 und 7/106/121).

Auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, wie im Bericht der Schmerzsprechstunde des Y.____ vom 22. Januar 2018 angeführt, sei nicht feststellbar gewesen und lasse sich auch vorbestehend so nicht explorieren. Es fehle an den entsprechenden Diagnose-Kriterien, wie etwa der hohen Behandlungsaktivität oder der dauernden Beschäftigung mit einem ständig vorhandenen,

quälenden Schmerz. Insgesamt lasse sich keine Diagnose aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum feststellen (Urk. 7/106/130).

Die Prognose erscheine soweit günstig. Es sei davon auszugehen, dass die Rest-Symptomatik in den nächsten zwölf Monaten vollständig abklingen werde (Urk.

7/106/130). Der Beschwerdeführer habe über viele Jahre hinweg trotz psychosozialer Belastungsfaktoren den an ihn gestellten sozialen Erwartungen entsprochen. Er habe einen Platz im Alltag und Leben auch in der Schweiz gefunden, die Sprache weitgehend erlernt

und ein soziales Netzwerk aufgebaut. Durch das Unfallereignis vom März 2016 habe er einen Einbruch in der Kontinuität seines Lebens erfahren. Es sei eine Veränderung, die ihn belaste und zwingt, seine Lebensgestaltung einschliesslich seiner Arbeitstätigkeit zu ändern. Es müsse jedoch von Ressourcen ausgegangen werden, so dass anzunehmen sei, er könne die aktuellen Umstände bewältigen. Es dürfe auch nochmals auf die doch als günstig zu bezeichnende Prognose der auf psychiatrischem Fachgebiet zu stellenden Diagnosen hingewiesen werden (Urk. 7/106/133 f.). 4. 4.1

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen fest zu stellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 4.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, und ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 4.3

Das Gutachten der A. _____

erfüllt die se

beweisrechtlichen Anforderungen. Es ist für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt sämtliche geklagten Beschwerden. So werden vom Beschwerdeführer keine anderen Beschwerden respektive Leiden als die untersuchten geltend gemacht und erfordert einzig die Wiederholung der psychiatrischen Begutachtung, aber keine ergänzenden Abklärungen, etwa in einem zusätzlichen Fachgebiet. Bestandteil –

insbesondere des psychiatrischen Teilgutachtens

– bildet zudem eine einlässliche Auseinandersetzung mit den Vorakten. Schliesslich erweist sich das Gutachten – wie nach folgend aufzuzeigen ist – auch unter Berücksichtigung der übrigen medizinischen Unterlagen als schlüssig begründet. 5.

E. 11

und 7/60/16).

Andererseits wurden bereits im Bericht zur beruflichen Grundabklärung vom 30. Mai 2017 mögliche Tätigkeitsgebiete erörtert (visuelle Kontrollen, eingehende Arbeiten,

Schliessdienst und Gebäudeschutz z, Urk. 7/86/13).

In der psychiatrischen Begutachtung gab der Beschwerdeführer selbst an, dass die Stellensuche aufgrund der fehlenden Ausbildung schwierig sei und er sich bisher erfolglos als Lagerist oder Nachtportier beworben habe (Urk. 7/106/122). 6.5

Die Berichte des Schmerzzentrums des Y.____ erweisen sich somit in verschiedener Hinsicht als zu wohlwollend, was der Erfahrungstatsache entspricht, dass behandelnde Arztpersonen und Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt es nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die Behandlungspersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, unter anderem auf SVR 2008 IV Nr. 15 S.

43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Weder die von den Behandlungspersonen des Y.____ angeführte Kündigung noch die erwähnten Kriegs- und Fluchterlebnisse noch die angeblich schwerere Ausprägung der Befunde stellen solche Aspekte dar. Die übrigen medizinischen Unterlagen stützen das psychiatrische Teilgutachten. 7. 7.1

Aus medizinischer Sicht ist daher vollumfänglich auf das Gutachten der A.____ abzustellen mit der Ergänzung, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht bereits bei Ablauf des Wartjahres galt (E. 5.5).

Wie eingangs dargelegt, ist bei einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Beschwerden sodann ein strukturiertes Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 durchzuführen (vorstehend E.

E. 12

: 2239 x 2249 : 40 x 41.7) im Jahr 2017 . Angesichts der psychisch bedingten Leistungseinbusse von 20 %

sowie eines leistungsbedingten Abzugs von 15 % beträgt das massgebende Invalideneinkommen

Fr. 45'629.--. Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 21'489.-- (Fr. 67'118. -- ./ Fr. 45'629.--) resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 32 %.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 9.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000. -- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

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

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

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

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