

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00898 vom 6. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00898

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00898 du 6 mars 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00898 del 6 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

Der 1977 geborene X. arbeitete ohne abgeschlossene Berufsausbildung (Urk. 10/2/5) seit dem 1. Dezember 2000

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

1. 2 .1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 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 zumutbar 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). 1. 2 .2

Zur Annahme einer Invalidität aus psychischen Gründen bedarf es in jedem Fall eines medizinischen Substrats, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Bestimmen psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren das Krankheitsgeschehen mit, dürfen die Beeinträchtigungen nicht einzig von den belastenden invaliditätsfremden Faktoren herrühren, sondern das

Beschwerdebild hat davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen. Solche von der soziokulturellen oder psychosozialen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann (BGE 141 V 281 E. 4.3.3; 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 9C_543/2018 vom 21. November 2018 E. 2.2).

Somit sind psychosoziale und soziokulturelle Faktoren nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Zeitigen soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3). In einer versicherungsmethodischen Begutachtung, welche sich nach den normativen Vorgaben der Rechtsprechung orientiert, ist es daher nicht nur zulässig, sondern sogar geboten, solche invalidenversicherungsrechtlich nicht relevanten Umstände aufzuzeigen und gegebenenfalls bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1). 1. 2. 3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.4

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 Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander 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). 1 . 5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das psychiatrische und neuropsychologische Gutachten – entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers sei diese schlüssig - fest, der Beschwerdeführer sei seit Sommer 2016 in seiner angestammten Tätigkeit als Hilfskoch eingeschränkt. Für jegliche Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe eine Beeinträchtigung im Umfang von 30%. Eine Rente könne erst ab einem Invaliditätsgrad von 40% zugesprochen werden, weshalb kein Anspruch auf Rentenleistungen bestehe (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, das Gutachten von Dr. phil. B.____ und Prof. Dr. A.____

belege eine Arbeitsfähigkeit von 70% in jeglicher Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht rechtsgenügend. Die weiteren medizinischen Akten, insbesondere die Berichte der spezialisierten Kliniken, würden vielmehr zeigen, dass keine Arbeitsfähigkeit vorliege, die auf dem freien Arbeitsmarkt verwertet werden könne. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Gutachter eine gesundheitliche Problematik feststellten, die sich auf die Möglichkeiten, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, auswirken könne, sie jedoch der Auffassung seien, der

Beschwerdeführer sei im ersten Arbeitsmarkt lediglich 30 % beeinträchtigt. Sodann seien im medizinischen Sachverhalt falsche Annahmen enthalten, die bei der Begründung der Arbeitsfähigkeit wieder aufgenommen worden seien (Urk. 1 S. 3 f.). Die Gutachter hätten sich ferner nicht auf nachvollziehbare Art und Weise mit den abweichenden Einschätzungen – wonach eine Arbeitsfähigkeit im geschützten Rahmen

noch gegeben sei, nicht aber im freien Arbeitsmarkt – auseinandergesetzt (Urk. 1 S.10). Die Festlegung der Invalidität durch die Beschwerdegegnerin beruhe damit nicht auf einer tragfähigen Grundlage. Es sei ein weiteres Gutachten notwendig, weshalb ein gerichtliches Gutachten einzuholen sei (Urk. 1 S. 13). 3.

E. 3

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

- 1.

E. 3.1

Die Gutachter des Instituts

C.____, Dr. A.____ und Dr. B.____, nannten im Gutachten vom 26. März 2019 (Urk. 10/106) als Diagnose eine Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, narzisstischen und passiv aggressiven Anteilen (ICD-10 F60.0, F60.80 und F60.81, Urk. 10/106/21).

3. 2

Dazu führte der psychiatrische Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe betont, er suche Hilfe für seine Sorgen, da er alles verloren habe. Der Beschwerdeführer habe geklagt, seit 15 Jahren alleine zu sein, da es ihm bisher nicht gelungen sei, eine Familie zu gründen (Urk. 10/106/14). Im Gespräch seien immer wieder Inkonsistenzen aufgefallen, wenn er seine grosse Einsamkeit beschreibe, dann aber über eine weitgefächerte Familie berichtet habe, mit deren Mitglieder er einen guten Kontakt habe. Auch die wenigen Stunden Schlaf könne er nicht schlüssig erklären; er habe angegeben, einfach im Bett zu liegen und allenfalls immer wieder einzuschlafen. Auffällig sei, dass der Beschwerdeführer seine depressive Symptomatik betone, dann aber affektiv schwingungsfähig und freudig über seine Nichten und Neffen erzähle. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer angegeben, die Medikamente einzunehmen; nach Ankündigung, dass dies mit einer Blutentnahme überprüft werden sollte, habe er ausgeführt, wegen einer Erkältung NeoCitran und auf Anraten der Apothekerin während den letzten vier Tagen keine anderen Medikamente eingenommen zu haben. Er wirke in der Schilderung seiner Beschwerden recht demonstrativ (Urk. 10/106/17). Der Beschwerdeführer

sei

bewusstseinsklar, wach und zu allen Qualitäten voll orientiert und habe

in der groben klinischen Prüfung keine gravierenden Auffassungsstörungen gezeigt. Er habe berichtet, am Tag manchmal plötzlich sehr emotional zu werden, es seien auch Erinnerungen an die drei Tage im Gefängnis oder an seinen Vater aufgekommen, von dem er als Kind keine Hilfe bekommen habe. Der Gutachter hielt fest, die Erinnerungen entsprächen

in ihrer Dynamik jedoch nicht spezifischen Nachhall-Erinnerungen (Flashbacks) bei posttraumatischer Stressstörung. Es seien keine Anhaltspunkte für Wahn festgestellt

worden .

Allerdings habe der Beschwerdeführer über wahnähnliche Erlebnisse berichtet, wobei er manchmal im Halbschlaf spüre , dass ihn jemand aus dem Bett ziehen wolle . Es

sei dabei am wahrscheinlichsten von Träumen oder Phänomena im Halbschlaf beziehungsweise beim Aufwachen auszugehen , da es sich nicht um eine plausible Schilderung von Halluzinationen handle. Der Beschwerdeführer habe immer wieder über die Sinnlosigkeit im Leben gesprochen, weil er keine Familie gründen könne. Bei der Schilderung seiner Familie sei er hingegen stimmungsmässig deutlich aufgeheitert gewesen und habe sogar gelacht. Von wenigen Gesprächsteilen abgesehen, sei er relativ starr und wenig schwingungsfähig in dem geschilderten depressiven Affekt verharret. Bezüglich seiner Situation in der Schweiz habe der Beschwerdeführer über einen deutlichen sozialen Rückzug berichtet; mit seiner Familie in der Türkei habe er jedoch vielfältigen Kontakt

(Urk. 10/106/18) . Vom Beschwerdeführer selbst werde im Rückblick auf die letzten Jahre ein durchgehendes Stimmungsbild mit anhaltendem reaktivem depressivem Syndrom aufgrund der psychosozialen Situation beschrieben (Einsamkeit, Partnerlosigkeit). Die in der Aktenlage festgehaltene Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei daher anzuzweifeln . Beim Beschwerdeführer sei vielmehr von einer längerdauernden depressiven Reaktion auszugehen , da er vor allen Dingen auf ihn belastende Umgebungseinflüsse mit der depressiven Stimmung reagiere. Ein Problem bei der Diagnose einer reaktiven depressiven Störung sei, dass die längerdauernde depressive Reaktion im Sinne einer Anpassungsstörung einen Zustand schildere, der nach ICD-10 zwei Jahre nicht überschreiten sollte. Es scheint , dass beim Beschwerdeführer die dysfunktionalen Persönlichkeitsanteile so stark überwiegen würden , dass das depressive Syndrom am ehesten der vorherrschenden Persönlichkeitsstörung zuzuordnen sei. Eine eigenständige depressive Störung im Sinne einer chronifizierten depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung sei aufgrund der Verlaufsschilderung eher unwahrscheinlich. Ebenso sei auch die gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung unplausibel . Es fehle an den typischen Merkmalen wie dem wiederholten Erleben des Traumas, sogenannten Flashbacks, Träumen oder Alpträumen , die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten würden. Sodann sei der Beschwerdeführer der Umgebung gegenüber nicht teilnahmslos, sondern suche aktiv Kontakte ,

sodass er darum gebeten habe, noch länger in der psychiatrischen Klinik stationär bleiben zu dürfen (Urk.10/106/19-20). Die Kriterien der Persönlichkeitsstörung seien fast musterhaft erfüllt. Insbesondere würden die inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster des Beschwerdeführers deutlich von kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben bezüglich Affektivität, Impulskontrolle und der Art des Umgangs mit anderen Menschen

abweichen . Neben paranoiden Anteilen seien beim Beschwerdeführer zusätzlich narzisstische sowie passiv aggressive Anteile vorhanden (Urk. 10/106/21).

Der Summenwert des Mini-ICF-APP habe beim Beschwerdeführer 7 betragen. Die Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigung zeige sich in mässiger Ausprägung bei den Merkmalen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen. Das Ergebnis des Mini-ICF-APP Ratings sei konsistent mit der Annahme einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/106/22).

Der Beschwerdeführer habe verschiedene stationäre Behandlungen, auch auf spezialisierten Traumastationen, in Anspruch genommen. Es sei jedoch zu keiner wesentlichen Veränderung des psychopathologischen Zustandbildes

gekommen. Hinsichtlich medikamentöser Behandlung sei die Compliance zu bezweifeln, da der Beschwerdeführer bei Ankündigung einer Spiegelkontrolle angegeben habe, seit vier Tagen keine Medikamente mehr genommen zu haben. Die Erfolgsaussichten weiterer therapeutischer Behandlungen erachtete der Gutachter bei der tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung als sehr eingeschränkt, weshalb eine weitere stationäre Behandlung nicht indiziert erscheine (Urk. 10/106/23). Neuropsychologisch sei eine leichte bis mittelschwere kognitive Störung festgestellt worden. Die Funktions- und Fähigkeitsstörung beim Beschwerdeführer sei auch auf die dysfunktionale Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen. Zusätzlich sei davon auszugehen, dass auch nicht medizinisch begründete Funktionsstörungen – wie die schwierige psychosoziale Situation mit der geschilderten Vereinsamung in einem dem Beschwerdeführer nach wie vor fremden Kulturkreis – hinzutreten (Urk. 10/106/24).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch 100 % anwesend sein; es müsse jedoch mit einer leichten Einschränkung der Leistung

von rund 30 % gerechnet werden. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit müsse ähnlich wie die letzte Tätigkeit als Hilfskoch aussehen. Ein kleines Team in eher familiärem Zusammenhang und eine Tätigkeit ohne höhere kognitive Anforderungen wären optimal. In einer solchen Tätigkeit wäre auch im freien Arbeitsmarkt eine Präsenz von 100 % möglich, wobei aufgrund der kognitiven Minderleistung mit einer Einschränkung von 20-30 % zu rechnen sei (Urk. 10/106/25-26). 3. 3

Im neuropsychologischen Gutachten hielt Dr. B. ___ fest, der Beschwerdeführer habe die kognitiven Tests ausreichend motiviert, konzentriert und sorgfältig bearbeitet. Das Vorgehen sei strukturiert und prinzipiell ausdauernd gewesen. Die zeitliche Belastbarkeit sei gut gewesen und es habe sich weder im Verlauf längerer Aufgaben noch über die gesamte Dauer der neuropsychologischen Begutachtung eine nachlassende Leistung gezeigt (Urk. 10/106/34). In den allermeisten überprüften kognitiven Teilleistungen hätten sich durchschnittliche Resultate gezeigt. Überdurchschnittlich seien die Konzentrationsfähigkeit sowie die Lernleistung für verbale Informationen gewesen. Zu unterdurchschnittlichen Resultaten sei es beim Abzeichnen der komplexen geometrischen Figur sowie bei den Aufgaben zur Überprüfung der tonischen und phasischen

Alertness gekommen. Weit unter durchschnittlich seien auch die intellektuelle Flexibilität und die verbale Interferenzkontrolle gewesen. Dr. B. ___ bestätigte sodann, zur Validierung der kognitiven Defizite Symptomvalidierungstests durchgeführt beziehungsweise verfahrensmanente Validierungsfaktoren überprüft zu haben (Urk. 10/106/35). Beim Beschwerdeführer seien keine Parameter der Symptomvalidierung auffällig gewesen, weshalb keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden bestünden. Die kognitiven Einschränkungen seien authentisch. Der Beschwerdeführer leide an einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung, wobei die Funktionsfähigkeit im Alltag bei beruflichen Anforderungen leicht eingeschränkt sein könnte. Bei Berufen oder Aufgaben mit überdurchschnittlich hohen kognitiven Anforderungen könnte die Funktionsfähigkeit sogar mittelgradig eingeschränkt sein. Die angestammte

Arbeitstätigkeit des Beschwerdeführers als Hilfskoch sei als Tätigkeit mit eher geringen Anforderungen an die kognitiven Leistungen anzusehen. In dieser Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit aus rein neuropsychologischer Sicht maximal 30 %. Der Beschwerdeführer sei aus neuropsychologischer Sicht in der Lage, 100 % anwesend zu sein (Urk. 10/106/36-37). 4.

4.1

Das Gutachten vom 26. März 2019 erging in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten (Urk. 10/106/4-13), den geklagten Beschwerden sowie gestützt auf die klinischen Untersuchungen (Urk. 10/106/13-19). Der psychiatrische Gutachter erhob den psychiatrischen Befund nach AMDP und Mini-ICF-APP (Urk. 10/106/38-41).

Er begründete seine Diagnosen ausführlich und differenziert, nahm zu den Beurteilungen in den Vorakten einlässliche Stellung und begründete seine abweichende Einschätzung plausibel (Urk. 10/106/19-21). Die Beurteilung der Gutachter basiert sodann auf einer detaillierten Befundaufnahme inklusive Testverfahren zur Symptomvalidierung (Urk. 10/106/35). Mithin erfüllt das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. E. 1.5). 4.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, es sei nicht tragfähig, dass die Gutachter – entgegen der Beurteilung der spezialisierten Fachmediziner – festhielten, es liege keine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder komplexe PTBS vor (Urk. 1 S. 3 f.). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. A._____

zur Herleitung der Diagnose auf führte, in Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung stelle ein dreitägiger Gefängnisaufenthalt als Jugendlicher oder die strenge und oft strafende Behandlung durch den patriarchalen Vater kein belastendes Ereignis mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmass nach ICD-10 dar. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass gemäss der klinisch diagnostischen Leitlinien zur posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F43.1 S. 208), die Störung dem Trauma mit einer Latenz folgt, die Wochen bis Monate dauern kann, jedoch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma auftritt. Beim Beschwerdeführer wäre die allfällige Störung nach 15 bis 20 Jahren oder je nach auslösendem Ereignis noch später aufgetreten, was vor dem erwähnten Hintergrund der Leitlinien und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Schweiz bis im Jahr 2016 nicht plausibel und nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint. Ergänzend ist auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach es für die Herleitung und Begründung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung einer besonderen Achtsamkeit bedarf, was nicht bloss für das auslösende Trauma, sondern auch für die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung gilt und es eine besondere Begründung bei jenen Fällen braucht, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3). An diesen hierzu von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen fehlte es für die rechtsgenügeliche Begründung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ganz offensichtlich. Darüber hinaus wird im Gutachten detailliert und überzeugend dargelegt, dass auch die übrigen Merkmale einer posttraumatischen Belastungsstörung wie Flashbacks und Alpträume, die sich auf das traumatisierende Ereignis beziehen, sowie eine emotionale

Stumpfheit (der Beschwerdeführer sei gerade nicht teilnahmslos der Umgebung gegenüber, sondern suche aktiv Kontakt) zum Zeitpunkt der Begutachtung gefehlt hätten (Urk. 10/106/20). Dem Einwand des Beschwerdeführers, wonach die behandelnden Ärzte eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert hätten und dafür das Vorliegen eines traumatisierenden Ereignisses nicht notwendig sei (Urk. 1 S. 6), ist ferner entgegengehalten, dass die Ärzte der Klinik D.____ zwar eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung nannten, sich in der Beurteilung jedoch ebenso auf die Klassifizierung der ICD-10 F43.1 (Urk. 10/11/1) bezogen wie die fallführende Psychologin Dipl. Psych. E.____ (Urk. 10/96/3; vgl. auch Urk. 10/79/1).

Die Gutachter berücksichtigten sodann sämtliche durch die behandelnden Ärzte erhobenen Befunde,

was in die psychiatrische Beurteilung Eingang fand (Urk. 10/106/19-21). Der Umstand alleine, dass die behandelnde Psychologin in ihrem Bericht vom 12. August 2019 (Urk. 10/125) darlegte, es liege kein manipulatives Verhalten vor und auch nicht der Versuch, sie zu belügen (vgl. Urk. 1 S. 4), vermag die Einschätzung der Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen. Es ist Aufgabe des Gutachters, im Rahmen seiner Fachkenntnisse Diskrepanzen zu den anlässlich der Exploration gemachten Wahrnehmungen darzulegen, zu würdigen sowie unter Berücksichtigung der früheren medizinischen Aktenlage seine Schlüsse plausibel darzulegen. Dieser Aufgabe ist der Gutachter - unter Beachtung aller verfügbarer Berichte - in pflichtgemässer Ausübung des Begutachtungsauftrages nachgekommen (Urk. 10/106/24). Ein Mangel ist mithin nicht zu erblicken. Ebenso wenig vermag der Beschwerdeführer durchzudringen, soweit er vorbringen liess, das angeblich übergriffige Verhalten gegenüber der lernenden Person habe sich nicht erhärten lassen und der effektive Ablauf hinsichtlich Integrationsmassnahme sei im Gutachten nicht korrekt wiedergegeben, womit die hierauf, auf offenkundig aktenwidrigen Annahmen beruhende, medizinische Beurteilung nicht einfach als richtig angenommen werden könne. Aktenkundig ist, dass die betroffene Person mit dem Verhalten des Beschwerdeführers nicht einverstanden war (vgl. Urk. 10/73/3), was in eine polizeiliche Einvernahme des Beschwerdeführers mündete (Urk. 10/73/7). Die behandelnde Psychologin hielt denn mit Bericht vom 17. September 2018 fest, interaktionelle Probleme zwischen dem Beschwerdeführer und einer Mitarbeiterin (der Durchführungsstelle) hätten zum Abbruch des Arbeitsversuchs im Frühling 2018 geführt (Urk. 10/93/4; vgl. auch Urk. 10/73/5). Diese Gegebenheit fand denn nur insoweit Eingang ins psychiatrische Gutachten, als Dr. A.____ im Rahmen der Klassifikation der Diagnosen ausführte, die inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster des Beschwerdeführers würden deutlich von den kulturell erwarteten und akzeptierten Vorgaben abweichen sowohl bezüglich Affektivität und Impulskontrolle als auch was die Art des Umgangs mit anderen Menschen betreffe. Hierzu verwies er auf das in der Klinik F.____ auferlegte Stationsverbot (Urk. 10/19/5) sowie die Kündigung «aus ähnlichen Gründen» (Urk. 10/106/21). Das Kriterium G2 für die Diagnose der Persönlichkeitsstörung, wonach die Abweichung so ausgeprägt sein muss, dass das daraus resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmässig ist, erachtete der Gutachter damit als erfüllt. Demgemäss erfolgte weder eine Qualifikation des fraglichen Verhaltens noch fand - entgegen dem beschwerdeführerischen Vorwurf - eine falsche Annahme Eingang in die medizinische Beurteilung. Dass das Verhalten des Beschwerdeführers in verschiedenen sozialen Situationen unangepasst war, ergibt sich denn auch aus dem von ihm angerufenen

Bericht der behandelnden Psychologin, wonach es teilweise auch zu aggressiven Durchbrüchen komme, weshalb eine Arbeitsfähigkeit in nicht geschütztem Rahmen nicht gegeben sei (Urk. 10/125/3; vgl. auch Urk. 10/98/6, wonach der Beschwerdeführer in der Klinik als «eher unkooperativ» wahrgenommen worden sei; sowie den Bericht der psychiatrischen Klinik G.____, welcher von noch bestehenden interaktionellen Problemen mit hinderlich wirkenden Impuls durchbrüchen auf die berufliche Integration berichtete: Urk. 10/79/5). Der Schluss des Gutachters auf eine Persönlichkeitsstörung ist mit Blick auf die von ihm erhobenen Befunde sowie angesichts des Dargelegten nachvollziehbar und steht mit der übrigen Aktenlage im Einklang (vgl. Urk. 10/19/1, 10/90/1, 10/93/3, 10/98/2). Ferner hat der Gutachter das Vorliegen einer eigenständigen Depression überzeugend ausgeschlossen (Urk. 10/106/20, E. 3.2). Der Umstand alleine, dass behandelnde Fachärzte eine vom eingeholten Gutachten abweichende Meinung äussern, gibt nicht Anlass zu weiteren Abklärungen und vermag das Gutachten nicht in Frage zu stellen (vgl. auch Urk. 10/129/3); anders würde es sich verhalten, wenn die behandelnden Ärzte konkrete objektiv fassbare Aspekte namhaft machen, die den ärztlichen Experten entgangen sind oder mit denen sie sich nicht befasst haben (vgl. Urteil U 58/06 des Bundesgerichts vom 2. August 2006 E. 2.2). Hierfür sind vorliegend keine Anhaltspunkte ersichtlich.

Des Weiteren brachte der Beschwerdeführer vor, er könne nur im zweiten Arbeitsmarkt, im Rahmen einer geschützten Arbeit, einer Tätigkeit nachgehen (Urk. 1 S. 8).

Die Ärzte der Klinik G.____ führten in ihrem Bericht zwar einerseits aus, dass beim Beschwerdeführer keine Funktionsausfälle im eigentlichen Sinne vorliegen würden. Andererseits hielten sie fest, durch die hohe Anspannung, die massive Kränkbarkeit sowie die mangelnde Selbststeuerungsfähigkeit drohe die interpersonelle Situation rasch zu eskalieren (vgl. Urk. 10/95/4). Der psychiatrische Gutachter

erwog jedoch, dass bei der bisherigen Tätigkeit mit einer Leistungseinschränkung von rund 30% zu rechnen sei, die sich auf die leichte bis mittelschwere kognitive Störung zurückzuführen ließe. Eine Tätigkeit in einem kleinen Team in eher familiärem Zusammenhang und ohne höhere kognitive Anforderungen wäre hingegen optimal angepasst; mit einer Leistungseinschränkung sei dabei kaum zu rechnen, allenfalls sei eine geringe Einschränkung infolge der kognitiven Minderleistung von 20-30% zu erwarten (Urk. 10/106/25).

Die Auswirkungen der Persönlichkeitsstörungen wurden von den Gutachtern mithin berücksichtigt und flossen ins Belastungsprofil mit ein. Sodann ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzu weisen, dass diese 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). Bei der Feststellung durch die Eingliederungsbeuraterin, wonach eine Integration im ersten Arbeitsmarkt beim Beschwerdeführer aufgrund fehlender Selbstkompetenzen nicht möglich sei (Urk. 10/1/60/17-18), handelt es sich denn nicht um einen medizinischen Bericht. 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 Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistungen zu beantworten (Urteile des Bundesgerichts 8C_334/2018 vom 8. Januar

2019 E. 4.2.1, 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4, je mit Hinweisen). Im Übrigen ist es nicht nachvollziehbar, inwiefern der Beschwerdeführer, der immer einer vollständigen Arbeitstätigkeit nachging (vgl. Urk. 10/69 sowie Urk. 10/106/22), keine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt mehr zugemutet werden könnte. 4.3

Nach dem Gesagten erweisen sich die Einwendungen des Beschwerdeführers gegen das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten als unbegründet. Es liegen keine konkreten Indizien vor, welche gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. E. 1.4). Der medizinische Sachverhalt wurde hinreichend abgeklärt und von weiteren Begutachtung oder Abklärungen – wie vom Beschwerdeführer beantragt (Urk. 1 S. 13) – sind keine massgeblich neuen Erkenntnisse zu erwarten. Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten erschliesst sich, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Hilfskoch mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit aus psychiatrischer Sicht zu 100 % zumutbar ist und er eine Leistungsfähigkeit von mindestens 70 % erreicht. 4.4

Die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit basiert auf Einschränkungen im Bereich Psychiatrie und Neuropsychologie, was grundsätzlich anhand einer Überprüfung der massgeblichen Indikatoren zu validieren ist (vgl. E. 1.3.2). Da aus einer Indikatorenprüfung jedoch keine höhere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2019 vom 8. November 2019 E. 4.2.4 mit Hinweisen) und eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von maximal 30 %, mithin einem Invaliditätsgrad von maximal 30 % entsprechend, vorliegend keinen Rentenanspruch begründet (E. 1.2), kann auf die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens verzichtet werden. 4.5

Gestützt auf den medizinischen Sachverhalt und den bisherigen beruflichen Werdegang ist anzunehmen, dass der Beschwerdeführer in einer mit der bisherigen Tätigkeit vergleichbaren Tätigkeit (im 100

%-Pensum mit einer Leistungsfähigkeit von 70 %) bestmöglich eingegliedert wäre (Urk. 10/106/25). Damit erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich und es kann für das Validen- und das Invalideneinkommen dieselbe Bemessungsgrundlage herangezogen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2019 vom 8. Oktober 2019, 9C_27/2018 vom 19. Juli 2019 E. 6.3).

Bei einem Invaliditätsgrad von maximal 30 % verfügt der Beschwerdeführer über keinen Rentenanspruch (E. 1.3), weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5.

5.1

Da es vorliegend um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Die dem Beschwerdeführer ausgangsgemäss aufzuerlegenden Kosten sind, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 11), einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.2

Mit Verfügung vom 5. Februar 2020 (Urk. 11) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Viktor Györffy als unentgeltlicher Rechtsvertreter bestellt (Dispositiv-Ziffer 1). Da dieser von der Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen (vgl. Dispositiv-Ziffer 3), keinen Gebrauch gemacht hat, ist die Entschädigung ermessensweise ohne Rücksicht auf den

Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzulegen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ist die Entschädigung von Amtes wegen auf Fr. 1'

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 9

00.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 5.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Viktor Györfy, Zürich, wird mit Fr. 1'900 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Viktor Györfy -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5 .

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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelSherif

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