

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00197 vom 30. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00197

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00197 du 30 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00197 del 30 giugno 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung bzw. des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

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 ausgleichender 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 gegenübergestellt 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).

Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 8C_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der letzten materiellen Rentenprüfung , die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_520/2021 vom 22. Dezember 2021 E. 3.3 , je mit Hinweisen). 2.

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. März 2021 Beschwerde mit dem sinn gemässen Antrag, ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1; Beilagen Urk. 3/1-3).

Mit Begleitschreiben vom 25. März 2021 (Urk. 5) reichte er einen weiteren Arztbericht (Urk. 6) ein. Mit Verfügungen vom 24. März 2021 (Urk. 4) und 30. März 2021 (Urk. 7) wurden an der IV-Stelle sämtliche Unterlagen zur Stellungnahme zugestellt. Diese schloss in der Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2021 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 11). Die Beschwerdeantwort wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 12. Mai 2021 zur Kenntnis gebracht (Urk. 13).

Bereits mit Eingabe vom 22. April 2021 (Urk. 10) hatte dieser zudem das ausgefüllte Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 8) samt Belegen zu seinen

finanziellen Verhältnissen (Urk. 9/1-7) eingereicht.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, gemäss den neuen Abklärungen sei der Beschwerdeführer in der angestammten wie auch einer angepassten Tätigkeit 70 % arbeitsfähig. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) seien gemäss Gutachten nicht erfüllt. Ebenso wenig fänden sich ausreichend Anhaltspunkte für eine Persönlichkeitsstörung/-änderung. Stationäre Aufenthalte hätten jeweils eine gesundheitliche Besserung gebracht. Sozioökonomische Schwierigkeiten und psychosoziale Faktoren könnten nicht berücksichtigt werden. Bei einem Invaliditätsgrad von 30 %

bestehe kein Anspruch auf eine Rente (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt indessen dafür, seine gesundheitliche Situation habe sich verschlechtert. Bis zum Autounfall habe er die Problematik (Übergriffe im Kindesalter) gut mit Alkohol verdrängen können; körperliche Einschränkungen hätten zuvor nicht bestanden. Trotz des Berichts seiner

Behandlerin sei die Sachlage im Gutachten nicht explizit exploriert worden. Den Haushalt könne er nicht selbständig meistern und seine Schneiderei nur noch von 13 bis 18 Uhr öffnen, wobei er sich im Hinterzimmer hinlege, wenn kein Kunde da sei und er keine Aufträge habe. Der Schlaf habe mit der Maske etwas gebessert (vgl. Urk. 1). 3. 3.1

Im B.____-Gutachten vom 25. März 2015 diagnostizierten die Gutachter im Wesentlichen (1) ein chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom mit radiologisch persistierender Spinalkanalstenose im Bereich der Berstungsfraktur L WK 1 nach Re-Spondylodese B WK

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Der Beschwerdeführer monierte einzig, die Sachlage sei im Gutachten trotz der fachärztlichen Berichte der Behandlerin nicht hinreichend exploriert worden (vgl. E. 2.2). Dazu reichte er eine Stellungnahme der D.____ vom 24. März 2021 ein (Urk. 6). Darin wurde festgehalten, der Beschwerdeführer berichte auf direktes Nachfragen über immer wieder auftretende Intrusionen und Alpträume, die sowohl Szenen des Autounfalls, aber auch Szenen der erlebten sexuellen Übergriffe beinhalten würden.

Es bestehe diesbezüglich ein starkes Vermeidungsverhalten. Es habe sich eine Blasentleerungsstörung entwickelt mit der Notwendigkeit, sich (gegenwärtig drei- bis fünfmal täglich) selbst zu katheterisieren, was die PTBS-Symptomatik verstärkt habe. Im Vorfeld sei es wiederholt zu r

Reizüberflutung und zu Gefühlen wie Scham, Ekel und in der Folge zu Suizidgedanken gekommen. Bis zum Autounfall sei es dem Beschwerdeführer gelungen, die Erlebnisse aus der Kindheit zurückzudrängen, wenngleich in jener Zeit ein regelmässiger Alkoholkonsum

als dysfunktionale Bewältigungsstrategie zu vermerken sei.

E. 6.2

Eine PTBS entsteht

gemäss ICD-10-Klassifikation als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses (kurz oder langanhaltend), 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. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks) oder in Träumen, vor dem Hintergrund des andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermässigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahmen oder übermässiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen.

Die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung beträgt wenige Wochen bis (sechs) Monate. Der Verlauf einer PTBS ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei grösserem zeitlichem Abstand ist die Diagnose noch «wahrscheinlich» - vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch und es kann keine andere Diagnose, wie eine Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode, gestellt werden

(vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Aufl. 2015, S. 207 f.).

Die Herleitung und Begründung der Diagnose einer PTBS bedarf damit einer besonderen Achtsamkeit. Dies

gilt zunächst für das Belastungskriterium, mithin das auslösende Trauma. Namentlich dort, wo es allein durch die subjektiven Angaben und Schilderungen der betroffenen Person belegt wird, lässt sich ein entsprechender Nachweis in der Regel nicht ohne weiteres erbringen. Nebst der für die Bejahung einer PTBS bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums erfordert die

Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung eine eingehende Prüfung. Diese beträgt nach ICD-10 wie erwähnt

wenige Wochen bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll. Im Schrifttum wird zudem etwa auf den ebenfalls zu beachtenden Aspekt verwiesen, dass ein nur gelegentliches Auftreten von Flashbacks oder Alpträumen nicht genügt, um eine PTBS zu begründen

(vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3.1) . 6.3

Vorliegend

sind

keine konkreten Anhaltspunkte für sexuelle Übergriffe in der Kindheit aktenkundig (vgl. auch

Urk. 12/108/ 2 f. Fragen 2.1 und 2.2) . In den Begutachtungen berichtet e

der Beschwerdeführer über eine allgemein schlechte Kindheit. In der ersten Exploration gab der Beschwerdeführer an, nach der frühen Scheidung der Eltern bei verschiedenen Verwandten aufgewachsen zu sein und in den Sommerferien als Schneider gearbeitet zu haben (vgl. Urk. 12/69/10). Aktuell

schilderte er eine konfliktreiche Beziehung

zu den Eltern

und zum Stiefvater , geprägt durch Tötlichkeiten.

Er habe mit zehn Jahren neben der Schule für den Lebensunterhalt arbeiten müssen und als Jugendlicher oft in der Schneiderei übernachtet. Mit Ende der Schulzeit habe er das Elternhaus praktisch endgültig verlassen (vgl. Urk. 12/130/74 f.) . In den folgenden Jahrzehnten finden sich weder in der Erwerbsbiografie (mit Militärdienst und fortlaufender Arbeitstätigkeit, etwa Urk. 12/69/8 und 12/130/76) noch im Sozialleben (mit zwei längerdauernden Ehen und Vaterschaft , vgl. Urk. 12/69/8 unten) psychisch bedingte Auffälligkeiten . Eine Dokumentation und Behandlung psychischer Beschwerden erfolgte erst mals nach dem Autounfall . Die gute Funktionalität

über einen so langen Zeitraum allein mit dem

Alkoholkonsum zu erklären, der anamnestisch von der Jugend bis zur problemlosen eigenständigen Sinstierung in der psychisch sehr belasteten Phase nach dem Autounfall dauerte , einer der Gründe für die erste Scheidung war

und das Ausmass einer Sucht erreicht e (vgl. Urk. 12/130/75 und 12/69/28 oben) , vermag nicht zu überzeugen.

Ebenso wenig dokumentiert ist (trotz des stattgehabten Strafprozesses) der Auto unfall mit Todesfolge für zwei weitere Fahrzeuginsassen

und teilweiser Verbüssung einer Haftstrafe in der Türkei .

Belegt ist eine Revisionsoperation infolge einer Berstungsfraktur LWK1 , die sich mit einem Verkehrsunfall erklären lässt . Soweit dabei den Angaben des Beschwerdeführers gefolgt wird , wonach er auf dem Rücksitz des Autos geschlafen und keinerlei

bzw. kaum Erinnerungen an den Unfall habe , sondern nur kurz im Fluss erwacht sei , wobei er das Gefühl gehabt habe , nicht atmen zu können, bzw. das Wasser gesehen habe (vgl. Urk. 12/130/73 oben und 12/69/12) , ist das Belastungskriterium kaum genügend schwer für die Diagnostizierung einer PTBS . Eine solche wurde denn auch in beiden Gutachten bei auffallend distanzierter Schilderung des Unfallgeschehens verneint (vgl. E. 3.3 und 4.5).

Im Übrigen sind die aktuell geklagten Symptome

eher diffus und wenig ausgeprägt. So gab der Beschwerdeführer an, manchmal unter Durchschlafstörungen zu leiden und gelegentlich Alpträume zu haben, an deren Inhalt er sich nicht immer erinnern könne bzw. manchmal träume er vom Bach, in

dem er als Unfallverletzter gelegen habe. Er habe oft Angstgefühle, wobei er nicht sagen könne, wovon er Angst habe. Manchmal sehe er einen Zusammenhang mit seiner Inhaftierung (vgl. Urk. 12/130/74). Zutreffend ist der Hinweis im älteren Gutachten (vgl. Urk. 12/69/11), dass im Austrittsbericht zur stationären Behandlung in der D.____ Ende 2014 auch

keine PTBS, sondern eine Reaktion auf eine schwere Belastung (Autounfall) mit Alpträumen, starken Bewegungen nachts, Reizbarkeit und Wutausbrüchen sowie Konzentrationschwierigkeiten festgehalten wurde (vgl. Urk. 12/69/29).

Letztlich würde eine progrediente Entwicklung, welche die inzwischen wieder aufgenommene Arbeitstätigkeit

zunehmend einschränkt, auch dem zu erwarten den degressiven Charakter einer PTBS widersprechen; nur etwa bei 10 % der Betroffenen persistieren die Symptome über Jahre hinweg (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_289/2017 vom 4. September 2017 E. 4.2).

Die Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Leistungsfähigkeit sind zudem inkonsistent: So gab er in der psychiatrischen Exploration an, am Mittag eine weitere Tablette Targin einzunehmen, um den Nachmittag durchstehen zu können; dabei sei er ab 13 Uhr so erschöpft, dass er im Grunde nicht mehr arbeiten könne (vgl. Urk. 12/130/72 und 12/130/77). Im

unmittelbar daran anschliessenden orthopädischen Untersuch

äusserte er, das Geschäft um 9 Uhr zu öffnen. Er sei sehr müde, müsse sich oft hinlegen. Den Vormittag verbringe er im Geschäft, obwohl nicht viele Kunden kämen. Er öffne um 13 Uhr, da kämen die meisten Kunden. Dann sei er auch „fitter“ und könne gut zwei bis drei Stunden arbeiten (vgl. Urk. 12/130/32 oben).

E. 6.4

Die jüngste Stellungnahme der D.____ (Urk. 6)

erklärt sich vorderhand mit der Erfahrungstatsache, dass

Behandler – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung – in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und es zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anders lautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anders lautenden Einschätzungen wichtige, nicht rein subjektiver Interpretation entspringende Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des

Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).

Solche gutachterlich

verkannten Aspekte sind der Stellungnahme der aktuellen Behandlerin

ebenso wenig wie eine Konkretisierung der zuvor von ihr behaupteten Verschlechterung des psychischen Zustandes

(vgl. Urk. 12/94/ 1 unten) zu entnehmen ;

dabei wäre

gerade auch im hier zu beurteilenden Fall –

in Anbetracht der zur Diskussion stehenden un belegten Belastungskriterien , diffusen subjektiven Angaben, teils langen

Latenzzeit und vorhandenen Komorbiditäten (depressive und somatoforme Störung) – eine eingehende Begründung der Diagnose PTBS sowie des unüblichen Krankheitsverlaufs unabdingbar . Immerhin führte das unkritische

Abstellen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers jüngst nicht mehr zu einem Wildwuchs an psychiatrischen Diagnosen wie

bei der letzten Rentenprüfung, als die behandelnden Arztpersonen zusätzlich zur PTBS eine schwere kombinierte Persönlichkeitsstörung , eine schwer ausgeprägte somatoforme Schmerzstörung und anhaltend e wahnhaft e Störungen diagnostizierten (insbesondere

Urk. 12/76/1 f.) .

Diese Diagnosen wurden von der aktuellen Behandlerin nur noch als «aktenanamnestisch» angegeben (vgl. Urk. 12/108/4 oben).

E. 6.5

Im Übrigen hatte die aktuelle Behandlerin im Bericht

der D.____

vom 5. März 2019 noch erklärt, dass eine einfache Arbeit mit wenigen Anforderungen an Flexibilität und Belastbarkeit, ausgeführt in einem ruhigen Arbeitsklima in eigener Einteilung, mittelfristig prinzipiell möglich sein sollte. Dabei wären gelegentliche Totalausfälle zu tolerieren, Schichtarbeit zu vermeiden und regelmässige Pausen zu gewährleisten. Zudem sollte die Arbeit keine hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit stellen, nicht mit zeitlichem oder äusserem Druck einhergehen und interpersonelle Reibungsflächen möglichst meiden (vgl. Urk. 12/108/5 Frage 4.2).

Am 16. August 2019 hatte sie ausgeführt , die effektive Arbeitsfähigkeit in der als angepasst geltenden Tätigkeit als Schneider (ohne Druck, unter freier Zeiteinteilung, in wechselnden Positionen, mit regelmässigen Pausen usw.) dürfte bei vollzeitiger Präsenz bei maximal 30 % liegen . Dabei hatte sie auf einen seit Februar 2019 unveränderten psychopathologischen Befund und eine Verschlechterung des somatischen Leidens hingewiesen (vgl. Urk. 12/113/4 Fragen 2.1 und 2.2) . Nach dem in 5. 3 und 5.4 Ausgeführten ist indessen weder im Zusammenhang mit den neuen Befunden der Halswirbelsäule noch der Blasenfunktionsstörung von einer seit der letzten Rentenprüfung zusätzlichen Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und damit Veränderung des Invaliditätsgrades

auszugehen.

Abgesehen davon, dass die Psychiaterin

also

ausserhalb ihrer Fachkompetenz liegende Leiden

mitberücksichtigte und für die Arbeitsfähigkeitseinschätzung vollumfänglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Leistungsfähigkeit abstellte, erschliesst sich aus ihrer jüngsten Stellungnahme nicht, weshalb die als «grosse Ressource» bezeichnete Tätigkeit als Schiner im Frühjahr 2021 nur noch im geschützten Rahmen oder ganz niederschwellig (stundenweise) möglich sein soll (vgl. Urk. 6 S. 2) – also in noch geringerem Umfang als zuvor – und nicht ihren ursprünglichen Erwartungen entsprechend gesteigert werden konnte. 7. 7.1

Schliesslich ist bei der Folgenabschätzung einer PTBS auf das Leistungsvermögen bzw.

die Arbeitsfähigkeit – wie bei allen (vgl. BGE 143 V 418 E 7.2) und damit auch den gutachterlich festgestellten

psychischen Erkrankungen

– ein konsistenter Nachweis mittels sorgfältiger Plausibilitätsprüfung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens unter Verwendung der Standardindikatoren notwendig (vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3.1). Diese hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2). 7.2

Mit Blick auf den ersten

Komplex «Gesundheitsschädigung» wurde die depressive Episode

gutachterlich

erneut als leicht gradig beurteilt. Die

chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) beschreibt lediglich einen über sechs Monate bestehenden Schmerz in mehreren anatomischen Regionen, der durch eine Wechselwirkung von somatischen und psychischen Faktoren unterhalten wird, womit es

an einem diagnoseinhärenten Schweregrad fehlt. Die Diagnose setzt nur

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), wobei ihr in beiden Gutachten ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgesprochen wurde.

Dabei wurde die psychische Komponente auch primär mit psychosozialen Belastungsfaktoren begründet (vgl. Urk. 12/130/81 und 12/130/83 oben). Die im Kontext der geltend gemachten PTBS erörterte Symptomatik (vgl. E. 5.4.3: diffuse Ängstlichkeit und manchmal gestörter Schlaf, bedingt durch Albträume aber auch eine Schlafapnoe) ändert nichts an der vorbeschriebenen insgesamt leichten «Ausprägung der diagnostischen Befunde und Symptome». Eine Behandlungsresistenz liegt nicht vor. Der Beschwerdeführer konnte jeweils in gebesserem Zustand aus den stationären Behandlungen entlassen werden (vgl. Urk. 12/69/29, 12/76/5 und 12/130/82 unten). Zudem konnte er nach mehreren Monaten ohne Therapie während der Haft

Mitte 2017 wieder eine selbständige Erwerbstätigkeit als Schneider aufnehmen (vgl. Urk. 12/108/2 Frage 1.1 und 2.1, Urk. 12/97/2 f), was im Sinne eines Eingliederungserfolgs zu würdigen ist.

Als Komorbidität bestehen körperliche Leiden, welche den Beschwerdeführer vorwiegend in mittel- und schweren körperlichen Aktivitäten einschränken.

Eine Persönlichkeitsstörung, die auch mit der Biografie des Beschwerdeführers bis zum Unfall kaum vereinbar wäre,

besteht gemäss den Gutachtern nicht und wurde auch von der behandelnden Psychiaterin jüngst nicht mehr vorgebracht. Eine stark ausgeprägte und verfestigte subjektive Krankheitsüberzeugung mit dysfunktionalem Verhalten, Selbstlimitierung und sekundärem Krankheitsgewinn – wie im älteren Gutachten angetönt

(vgl. Urk. 12/69/24) – erschwert zwar das berufliche Fortkommen, stellt aber keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2.2).

Zum sozialen Kontext ist gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.3 zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a). Andererseits hält der Lebenskontext der versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Ein sozialer Rückzug besteht vorliegend – entgegen der Annahme der

behandelnden Psychiaterin (vgl. Urk. 12/108/5 Frage 3.5) – nicht. Der Beschwerdeführer pflegt regelmässige Kontakte innerhalb der Familie, die ihn nicht nur finanziell unterstützt, sondern sämtliche Haushaltarbeiten übernimmt – einschliesslich das Verkochen der Mahlzeiten, Wäschewaschen, Einkaufen

und Putzen der Schneiderei. Unterstützung

erfährt er

ferner durch einen «kleinen Freundeskreis». So wird er zur Arbeit / Begutachtung gefahren und verbringt seine Freizeit im Schrebergarten des Nachbarn. Selbst die Exfrau ist nötigenfalls zur Stelle (vgl. Urk. 12/130/30-32, 12/130/49 oben, 12/130/61, 12/130/76 f., 12/130/90 und 12/130/96). Für den damit verbundenen sekundären Krankheitsgewinn gilt das vorstehend Ausgeführte.

Ferner entwickelten sich gemäss Gutachten mittlerweile erhebliche sozioökonomische Schwierigkeiten (unübersichtlicher Schuldenberg, Trennung von der zweiten Ehefrau), vor deren

Hintergrund in der Vergangenheit wiederholt psychische Dekompensationen auftraten (vgl. Urk. 12/130/82). 7.3

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der « Konsistenz » (etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

Es ist anzumerken, dass die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Schneider in der Schweiz kaum je genügend Geld zur Bestreitung des Lebensunterhalts abwarf

(vgl. Urk. 12/107) und zuletzt angeblich nicht einmal mehr den Mietzins deckte (vgl. Urk. 12/130/76 unten, Urk. 9/3).

Dabei ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass er bis zur Löschung seiner ersten Firma im Handelsregister im Jahr 2009 (vgl. Sachverhalt E. 1.1) aus gesundheitlichen Gründen Kunden abweisen, Aufträge ablehnen oder seine Öffnungszeiten verkürzten musste.

Entsprechende Hinweise finden sich auch für die gegenwärtige Tätigkeit in der Begutachtung keine (vgl. Urk. 12/130/72, 12/130/76 oben, 12/130/77 und 12/130/90 «mehr oder weniger genügend Arbeit») und in der Beschwerde nur bedingt (vgl. Urk. 1 verkürzte Öffnungszeiten). Die

behandelnde Psychiaterin

hatte am 5. März 2019 bloss über « in letzter Zeit » vermehrte Totalausfälle berichtet

(vgl. Urk. 12/108/5). Damit taugen die

entsprechend erzielten Einkünfte letztlich nicht als Indiz für die Arbeitsfähigkeit. Für die Invaliditätsbemessung

sind sie ohnehin entbehrlich, da

die angestammte Tätigkeit unbestritten als angepasst gilt, womit der

Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht (vgl. E. 1.3). Auf nähere Abklärungen zu den Einkünften und eine denkbare Beteiligung der Töchter (F. ___ und G. ___) an der Schneiderei kann daher verzichtet werden. Nach eigenen Angaben arbeitet der Beschwerdeführer allein und ist alleiniger Geschäftsbesitzer (vgl. Urk. 12/130/90).

Mit dem Gutachter (vgl. Urk. 12/130/83 oben) ist

zum Indikator «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» demnach insbesondere festzuhalten, dass der Beschwerdeführer bislang mit vermehrten Pausen regelmässig ganztätig – an sechs Tagen pro Woche (vgl. Urk. 12/130/89) – arbeitete (etwa Urk. 12/130/72, 12/130/77 und 9/3). Ferner ist zu erwähnen, dass sich seine

seit jeher bestehenden finanziellen Probleme mit der (länger beschlossenen, vgl. Urk. 12/76/4 oben und 12/97/3 unten) Trennung von der Ehefrau im Jahr 2019 akzentuierten (vgl. Urk. 12/69/8 unten, Urk. 12/97/3 f.).

Privat führt die umfassende Unterstützung durch Familie und Freunde dazu, dass der Beschwerdeführer nach der Scheidung

nur kleine Einkäufe selbst erledigt und sich allenfalls das vorgekochte Essen zubereitet. Eine Einschränkung für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten sowie solche in

gebückter Haltung bes teht dabei zudem schon aufgrund des Wirbelsäulenleidens (auch Urk. 12/130/37). Der Beschwerdeführer fährt

neu Mofa und selten A uto (auch

Urk. 12/97/4 oben) . Nach dem Mittagessen « geht er etwas um das Geschäft » . Oft verbringt er Zeit im Schrebergarten des Nachbar n , liest ab und zu Bücher oder

s chaut fern . Die Familie besucht ihn vor allem an den Wochenenden (zum Ganzen:

Urk. 12/130/32, 12/130/61 , 12/130/77 und 12/130/90) . Ob er sich trotz der körperlichen Einschränkung mit Gartenarbeit beschäftigt, lässt sich anhand des Gutachtens nicht klären (vgl. Urk. 12/130/33 «Nagelstatus» ; U rk. 12/130/77: die «Beschäftigung» im Garten seines Freundes empfinde er als eine Art Hobby) . Ü ber

früher ausgeübte Aktivitäten , die ihm heute gesundheitlich bedingt

versagt bleiben , berichtet er wenig

– angeblich hat er früher geputzt und gerne gekocht (vgl. Urk. 12/69/12).

Soweit er ausführte , seit Jahren nicht mehr gereist zu sein, ist auf den Geldmangel und die Reise in die Türkei im Jahr 2016

h in zuweisen .

Zum Indikator «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» ist zu betonen , dass die letzte stationäre psychiatrische Behandlung im Juni 2015 erfolgte (vgl. Urk. 8/76/3 und Urk. 8/130/75 oben) . Die ambulante

Therapie nahm der Beschwerdeführer nach Verlassen der Schweiz im März 2016 erst im Januar 2018 (vgl. Urk. 12/108/2 oben), also ein ige Monate nach seiner Rückkehr, wieder auf. Diese findet nur alle zwei bis vier Wochen statt (vgl. Urk. 12/108/2 und 12/130/77 unten). In der Laboruntersuchung waren abgesehen von Venlafaxin und Oxycodon alle weiteren angegebenen Psychopharmaka und Analgetika weit unterhalb des Referenzbereichs. Es besteht somit der Verdacht auf Falschangabe und Malcompliance (vgl. Urk. 12/130/81 ; zur vor an gehenden Begutachtung, Urk. 12/69/7). Bezüglich der chronischen Schmerzen (vgl. U rk. 12/130/39) und Blasen funktions störung sind die Behandlungsoptionen (vgl. Urk. 12/130/92 unten ; auch Einlagen, Urk. 12/130/91 unten)

nicht ausgeschöpft . Verschiedene Ärzte regten zudem an, die Medikation zu überprüfen, was sich positiv auf die Blasenfunktionsstörung sowie die Konzentrationsfähigkeit auswir ken könnte (vgl. Urk. 12/69/19, 12/130/39 unten und 12/130/52 unten). 7.4

Zusammenfassend lässt sich anhand der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 – und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschät zungen und Schlussfolgerungen auf ihre sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat – keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit als Schneider

aus psychischen Gründen bestätigen. Eine solche lässt sich weder anhand seiner Angaben noch der Befundlage plausibilisiere n. Letztlich ist er nach eigenen Angaben in der Lage,

allein eine Tagesstruktur und den Betrieb seines Geschäfts aufrechtzuerhalten, pflegt neben den medizinischen Terminen soziale Kontakte und hat auch Interessen wie Entspannen im G arten, Lesen und S chneidern. Anhaltspunkte für ein früher deutlich aktiveres Leben

bestehen keine , dafür bestehen gewichtige psychosoziale Faktoren .
Behandlungsanamnestisch ist ein gewisser Leidensdruck aufgrund der regelmässig über Jahre hinweg beanspruchten Behandlungen zwar nicht von der Hand zu weisen; die Behandlungsmöglichkeiten sind indessen weder aus psychiatrischer noch somatischer Sicht ausgeschöpft. Gesamthaft betrachtet zeigt sich im Vergleich zur Vorbeurteilung (insbesondere Urk. 12/69/12) mit der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit, dem Fahren von Mofa und Auto, der nur noch niederschweligen (weder tagesklinischen noch stationären) psychiatrischen Behandlung

sowie den selbständigen Einkäufen sogar eine Zustandsbesserung. 8.

Zusammenfassend bestätigt das Gutachten der C.____ die bereits im Jahr 2015 von den B.____ -Gutachtern festgestellten psychischen und somatischen Leiden sowie deren funktionellen Auswirkungen und letztlich die Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht. Eine seither eingetretene wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes, die geeignet wäre, den Rentenanspruch zu beeinflussen, liess sich nicht feststellen.

Damit ist ein Revisionsgrund im Sinne von 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). Im Übrigen sieht auch der am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Art. 28b Abs. 4 IVG einen rentenbegründenden Mindestinvaliditätsgrad von 40 % vor.

E. 12

bis L WK 2 (bei klinisch objektiv ansonsten weitgehend blandem Befund, vgl. Urk. 12/69/15 Mitte) , (2) eine neuro gene Harnblasen- und Sexualfunktionsstörung und ein chronisches Schmerzsyndrom des Beckens sowie (3) eine leichtgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0) .

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie insbesondere (1) den Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) bei Hypästhesie am linken Bein ohne objektives Korrelat (zumal die mögliche Tangierung des Myelons nur die untersten Segmente betreffe, vgl. Urk. 12/69/19 unten) , (2) ein zentrales Schlafapnoe-Syndrom mit nächtlicher CPAP-Maskenbehandlung sowie (3) einen Zustand nach Alkoholabusus (ICD-10: F10.1; Urk. 12/69/23). 3.2

Dazu erörterten sie in der Gesamtbeurteilung , der Beschwerdeführer habe eine Ausbildung als Schneider absolviert und sei in der Schweiz stets als solcher tätig gewesen. Aus Sicht des Bewegungsapparates, orthopädisch und neurologisch evaluiert, beeinflusse das chronische thorakolumbovertbrale Schmerzsyndrom seine Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der objektivierbaren Befunde bestehe für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für die angestammte Tätigkeit bestehe hingegen, ebenso wie für andere körperlich leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung, eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum mit einer um 30 % verminderten Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen

von Lasten über 10 kg sowie die Einnahme gebückter Positionen seien zu vermeiden.

Aus urologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % für leichtere Tätigkeiten aufgrund der neurogenen Harnblasenstörung sowie des chronischen Schmerzsyndroms des Beckens (vgl. ferner Urk. 12/69/20, wonach aus neurologischer Sicht eine adaptierte Tätigkeit voll verrichtet werden kann, sich wegen des erhöhten Zeitbedarfs bei angenommener Selbstkatheterisierung

jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 90 % ergibt) . Für schwere Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer aus urologischer Sicht nicht arbeitsfähig.

Aus psychiatrischer Sicht könne ihm aufgrund der anhaltenden depressiven Stimmungslage mit einerseits bedrückter Verstimmung und andererseits mit Reizbarkeit und Misstrauen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 20 % attestiert werden.

Keine Einschränkungen bestünden aus allgemeininternistischer Sicht (vgl. Urk. 12/69/24) .
3.3

Damit könne aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit festgestellt werden. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden – mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und reduziertem Rendement. Für mittelschwer und schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Die Einschränkungen aus orthopädisch-neurologischer, urologischer und psychiatrischer Sicht würden sich ergänzen, nicht addieren, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten und insgesamt die gleiche Grundproblematik betroffen und aus verschiedenen Fachrichtungen zu bewerten sei .

Ab der am 12. März 2012 erlittenen Wirbelsäulenverletzung sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis April 2013 anzunehmen. Danach sei von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen (vgl. Urk. 12/69/24). 3. 4

Ergänzend ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, dass sich aktuell keine PTBS nachweisen lasse. Der Beschwerdeführer sei durchaus in der Lage, ruhig , sachlich und ohne etwas zu vermeiden den Unfallhergang zu schildern . Auch im Austrittsbericht der D.____ zur Behandlung vom 9. Oktober bis 4. Dezember 2014 (vgl. Urk. 12/69/27-30) sei keine PTBS festgestellt worden. Beschrieben würden dort eine mittelgradige depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine Reaktion auf schwere Belastung nicht näher bezeichnet (ICD-10: F43.9). Es bestünden ausserdem Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Der Beschwerdeführer sei wegen einer Verschlechterung seiner psychischen Verfassung überwiesen worden. Vor allem die Erektionsstörung und der Kinderwunsch der Ehefrau würden ihn belasten. Er ziehe sich zurück, meide alte Freunde und habe ab und zu aggressive Phasen. Er habe auch schon seine Lebenspartnerin geschlagen und Gegenstände in der Wohnung zerstört. Die beschriebene Symptomatik decke sich mit dem Eindruck in der gutachterlichen Exploration. Indessen erfülle der Zustand die Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode nicht, wofür gemäss ICD-10-Kodifikation sechs bis sieben Kriterien vorhanden sein müssten. Die Pharmakotherapie habe wahrscheinlich bereits zu einer Stabilisierung und Aufhellung geführt (Urk. 12/69/11). 4. 4.1

Nach der Neuanschuldung im November 2018 wurde der Beschwerdeführer in den selben fünf Fachrichtungen erneut begutachtet. Im Gutachten der C.____ vom 9. Oktober 2020

wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: (1) inkomplettes Konus-/ Kauda -Syndrom nach traumatischer LWK1-Berstungsfraktur mit Hinterkantenverlagerung am 12. März 2012, (2) thorakolumbovertebrales Syndrom nach Re-Spondylodese BWK12 bis LWK2, (3) rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0) und (4) neurogene Blasenentleerungsstörung mit erneuter Instabilität nach bereits zweimaliger Botox-Injektion unter intermittierendem Selbstkatheterismus (ISK) mit täglicher Urgeinkontinenz

milden Ausmasses (Urk. 12/130/8; keine

Einlagen, dazu

Urk. 12/130/89 unten).

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter ins besondere folgenden Diagnosen zu: (1) komplexe Schlafapnoe bei mittelschwerem obstructivem Schlaf-Apnoe-Syndrom (OSAS), (2) aktienkundige s

Restless

Legs Syndrom (unter Targin vollständig klinisch reversibel), (3) Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2), derzeit abstinent, (4) Analgetika (Opiate) -Abhängigkeit bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F19), (5) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und (6) chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom ohne Funktionseinschränkung und ohne Hinweise auf eine radikuläre Defizitsymptomatik (vgl. Urk. 12/130/8). 4.2

Dazu erläuterten die Gutachter, aus orthopädischer Sicht seien die Funktionen der Brust- und Lendenwirbelsäule leicht- bis mittelgradig eingeschränkt.

Die Funktionseinschränkung resultiere aus dem Status nach Spondylodese und bei bekannter Spinalkanalstenose in Höhe LWK1 durch Dorsalverlagerung der Hinterkante von LWK1. Es bestehe eine Druckdolenz über der paravertebralen Muskulatur im thorakolumbalen Übergangsbereich. Die Messungen der Beinumfangs könnten keine Seitendifferenz objektivieren.

Im Bereich der Halswirbelsäule würden erstmalig im Frühjahr 2019 Beschwerden bekannt. Symptomatisch sei eine Zervikozephalgie bei bekannten degenerativen Veränderungen der mittleren und unteren Halswirbelsäule. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich die Funktionen nicht nennenswert eingeschränkt dargestellt; die Muskelumfänge an beiden Armen seien seitengleich, eine Seitendifferenz könne nicht objektiviert werden (vgl. Urk. 12/130/5).

Allenfalls gelinge es schmerztherapeutisch, mit der Implantation von Neurostimulation den Beschwerdeführer in der Schmerzmitteldosis herabzusetzen und gegebenenfalls seine Leistung zu steigern (vgl. Urk. 12/130/11). Die Einschätzung im Gutachten vom 25. März 2015 könne aus orthopädischer Sicht bestätigt werden (Urk. 12/130/37).

4.3

In der klinisch-neurologischen Untersuchung hätten sich weder zervikal noch lumbal Nervendehnungszeichen gezeigt. Manifeste Paresen lägen nicht vor. Muskelatrophien und Faszikulationen seien nicht eruierbar. Die Reflexaktivität zeige sich an den oberen Extremitäten seitengleich auf normal schwachem Niveau, im Bereich der unteren

Extremitäten hätten sich der Quadrizepssehnenreflex, die beidseitigen Adduktorenreflexe sowie der Trizeps surae -Reflex nicht auslösen lassen. Bei der Überprüfung der Sensibilität seien im Dermatome S1 eine Minderung von Oberflächen- und Schmerzempfinden bei erhaltener Spitz-Stumpf-Diskrimination ohne statische und dynamische Berührungsalldynie angegeben worden (vgl. ferner auch die kursorisch orthopädisch-neurologische Untersuchung, Urk. 12/130/35). Bezüglich der vegetativen Funktionen bestünden

gemäss Angaben des Beschwerdeführers (und aktenkundig, vgl. Urk. 12/130/64 unten) eine Blasenentleerungs- und Sexualfunktionsstörung; eine namhafte Sphinkterinkontinenz liege nicht vor (vgl. Urk. 12/130/6).

Zusammenfassend bestehe als Residualbefund ein partielles Konus-/

Kaudasyn drom mit Harnentleerungs- und Sexualfunktionsstörung sowie einem sensiblen S1-Syndrom links. Neben einer Botulinumtoxin -Behandlung am Sphinkter Urethrae, durchgeführt alle sechs Monate, bestehe eine suffiziente medikamentöse Schmerztherapie. Die angegebene Schmerzsymptomatik lasse sich neurologisch nicht (durch einen neuropathischen Schmerz) erklären. Auch die Nackenschmerzen mit Ausstrahlung zum Hinterkopf liessen sich neurologisch nicht erklären, wobei letztere auch im Vorfeld nicht im Kontext mit nervalen Kompressionen beschrieben worden seien. Das aktenkundig beschriebene Restless - Legs -Syndrom liege klinisch unter der Therapie mit Targin nicht mehr vor. Die Voruntersuchungen und -diagnosen seien plausibel und stünden nicht im Gegensatz zum aktuellen Befund (vgl. Urk. 12/130/65 f.). 4.4

Aus urologischer Sicht bestehe neben dem Befund einer hypokapazitiven, hypersensitiven überaktiven Harnblase mit Detrusor -Sphinkter- Dyssynergie

(DSD; mit vier bis fünf spontanen Miktionen mit vorangehender schmerzhafter Urge und fast täglich auftretenden Inkontinenzereignissen im Sinne kleiner Spritzer mit einer Fleckengrösse von 4 bis 5 cm, vgl. Urk. 12/190/89 unten)

eine

Nitro -positive Zystitis, die vermutlich das Inkontinenzrisiko wesentlich erhöhe und behandelt werden sollte (vgl. Urk. 12/130/6).

Ebenfalls sollte die geplante Neuromodulation versucht werden. Eine definitive Harnableitung mittels Ileum Conduit würde die Blasenentleerungsstörungen beseitigen, ebenso die Inkontinenzereignisse

(vgl. Urk. 12/130/11 und 12/130/92). 4.5

Psychiatrisch sei es vor dem Hintergrund erheblicher sozioökonomischer Schwierigkeiten bei unüberbarem Schuldenberg und Trennung von der zweiten Ehefrau im vergangenen Jahr (vgl. auch Urk. 12/130/72 unten) wiederholt zu psychischen Dekompensationen mit depressiven Episoden mittelschwerer, zeitweilig wohl auch schwerer Ausprägung und daraus resultierender Notwendigkeit einer psychiatrischen Hospitalisierung gekommen. Der Beschwerdeführer sei aber jeweils im stabilisierten Zustand entlassen worden.

Aktuell bestehe das Bild einer nur leicht ausgeprägten depressiven Episode und ferner einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Der Beschwerdeführer betreibe zudem einen iatrogen geförderten Analgetikakonsum,

einschliesslich Opioiden (Targin). Glaubhaft schildere er eine Abstinenz vom Alkohol nach langjähriger Alkoholabhängigkeit (vgl. Urk. 12/130/6). Auf der Persönlichkeitsebene sei der Beschwerdeführer durchaus umgänglich. Er wirke emotional hinlänglich stabil. Frustrationstoleranz und Impulskontrolle seien ausreichend erhalten. Aktenanamnetisch mitgeteilte Hinweise auf eine Persönlichkeitsabwärtigung/-störung hätten sich in der Begutachtung nicht feststellen lassen . Ebenso wenig bestünden Hinweise auf eine Persönlichkeitsänderung (vgl. Urk. 12/130/9). Aktenkundig erwähnte Symptome einer PTBS hätten sich aktuell ebenfalls nicht nachweisen lassen (vgl. Urk. 12/130/82 unten). Im Verlauf der Exploration zeige sich bei Erörterung der Psychobiographie und der Erlebnisse in Kindheit und Adoleszenz vorübergehend eine vermehrte vegetative Stigmatisierung. Die Erörterung des Unfalls, der Unfallfolgen wie auch der als einschneidendes Erlebnis geschilderten Inhaftierung seien hingegen ohne katastrophisierende vegetative Begleitreaktionen und ohne Affektstürme erfolgt. Auch die Schilderung gelegentlicher Alpträume sei ohne Vegetativreaktion in bemerkenswerter Distanzierung erfolgt (vgl. Urk. 12/130/78 Mitte).

Im Übrigen widerspiegle sich die geäusserte Schmerzintensität nicht im Sinne einer Schmerzgeplagtheit in Körpersprache und Psychomotorik in der psychiatrischen Exploration . Trotz der angegebenen Schmerzen, Antriebsstörung und depressiven Stimmungsschwankungen suche der Beschwerdeführer tag täglich seine Schneiderei auf. Insoweit seien einzelne Inkonsistenzen feststellbar. Abgesehen von Venlafaxin und Oxycodon sei en alle weiteren angegebenen Psychopharmaka und Analgetika zudem weit unterhalb des Referenzbereichs. Damit bestehe der Verdacht auf Falschangaben und Malcompliance (Urk. 12/130/10). 4.6

Allgemeininternistisch ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Hinsichtlich der Schlafapnoe sei initial eine CPAP-Therapie erfolgt, seit Juli 2014 bestehe eine ASV-H eimventilation. Bei der letzten Kontrolle am 30. Juli 2014

E. 14

sei diese nicht zufriedenstellend gewesen ; es sollten die Einstellungen am Polysomnographen überprüft werden. Der Beschwerdeführer klage über insomnische Beschwerden mit häufigen Einschlafstörungen; eine vermehrte Tagesmüdigkeit /-schläfrigkeit werde nicht angegeben (vgl. Urk. 12/130/7). 4. 7

Die Gutachter der C.____

schlussfolgerten (vgl. Konsensbeurteilung, Urk. 12/130/5-13) , aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit als selbständiger Schneider und in leidensadaptierter Tätigkeit (infolge eingeschränkter Produktivität und Schnelligkeit aufgrund der chronische Rückenschmerzen seit Dezember 2012, vgl. Urk. 12/130/38) wieder zu 80 % realisierbar. Das inkomplette Konus-/ Kaudasyndrom mit neurogener Blasenentleerungsstörung für h r e (bei Notwendigkeit häufiger, auch kurzfristiger Pausen zum Toilettengang

nach der dreimonatigen Rekonvaleszenz nach der letzten Operation im August 2012, vgl. Urk. 12/130/67 sowie Urk. 12/130/92 Fragen 7.4 und 8) zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % aus neurologischer und von 20 % aus urologischer Sicht. Psychiatrisch führten die Affektregulationsstörung und depressiv bedingte Erschöpfung (seit der B.____ -Begutachtung, vgl. Urk. 12/130/85) zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % (vgl. Urk. 12/130/9 oben). In der bisherigen oder einer

leidensangepassten Tätigkeit bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei einer Präsenz von 8.5 Stunden pro Tag und einer Leistungsminderung von 30 % (Urk. 12/130/10). Die Teilarbeitsunfähigkeiten würden sich nicht addieren oder potenzieren (Urk. 12/130/11 oben).

Der Beschwerdeführer sei (aus orthopädischer Sicht, vgl. Urk. 12/130/37 unten) in der Lage, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten im Sitzen, Stehen und Gehen durchzuführen (vgl. Urk. 12/130/61 oben und Urk. 12/108/5 Frage 3.3 , auch als Scheider möglich) . Tätigkeiten in Zwangshaltung (Vorbeuge), Tätigkeiten unter dem Einfluss von extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe sollten vermieden werden. Zudem sollten Tätigkeiten, die einen erhöhten Anspruch an die Standsicherheit erfordern würden wie auf Treppen, Leitern und Gerüsten, vermieden werden . Vom rein urologischen Standpunkt aus sei der Beschwerdeführer als Schneider wohl einsatz- und arbeitsfähig mit der Bedingung einer arbeitsplatznahen Toilette (vgl. Urk. 12/130/9 unten). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Tätigkeit durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlicher Verantwortung ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Konfliktfähigkeit möglich (vgl. Urk. 12/130/84). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist 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. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 5.2

Es liegen mittlerweile zwei polydisziplinäre Gutachten von zwei verschiedenen medizinischen Abklärungsstellen vor, in denen im Wesentlichen dieselben Befunde erhoben und dieselben medizinischen Schlussfolgerungen

gezogen wurden . Die geringfügigen Diskrepanzen bei den fachärztlich attestierten Teil arbeitsunfähigkeiten erklären sich mit der Tatsache , dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit - und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden - letztlich keine Korrelation besteht . Deshalb weist die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1).

Es kommt hinzu, dass sich die Fachrichtungen Orthopädie, Neurologie und Urologie bei den vorliegend zu beurteilenden Beschwerden teilweise überschneiden und unterschiedlich abgegrenzt wurden. 5.3

Letztlich entscheidend ist, dass im Rahmen beider Gutachten sämtliche geklagten Beschwerden in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht einfließen. Mit anderen Worten wurden sämtliche Beschwerden abgeklärt und in Auseinandersetzung mit den Vorakten beurteilt.

Das

festgestellte Ausmass der

konkreten funktionellen Einschränkungen wurde nachvollziehbar begründet.

Aus orthopädischer Sicht wurde dabei nicht nur der limitierten Beweglichkeit und Belastbarkeit der Wirbelsäule mit der Beschränkung auf körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Vorbeugen (Zwangshaltung) oder erhöhte Anforderungen an die Standsicherheit Rechnung getragen. Zusätzlich wurde eine quantitativ verminderte Leistungsfähigkeit infolge der eingeschränkten Produktivität und Schnelligkeit bzw. eines erhöhten

Pausenbedarfs

aufgrund der chronischen Schmerzen berücksichtigt. Dieser Beurteilung entgegenstehende fachärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzungen sind keine aktenkundig (vgl. Urk. 12/32) .

Aus urologischer und neurologischer Sicht wurde infolge der Blasenfunktionsstörung zusätzlich eine arbeitsplatznahe Toilette gefordert sowie Zeit für die Toilettengänge einberechnet , während der behandelnde Urologe im Bericht vom 4. März 2019 eine Arbeitsunfähigkeit explizit verneinte (vgl. Urk. 12/101/3) . Eine geklagte Verschlechterung dieses Leidens konnte mit den aktuellen medizinischen Massnahmen

also kompensiert werden.

Schliesslich wurde aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % infolge der depressiven Symptome und gestörten Affektregulation postuliert, ansonsten jedoch klar festgehalten, dass eine Tätigkeit mit durchschnittlichen Anforderungen in Bezug auf die intellektuellen Fähigkeiten, die Verantwortung, den Zeitdruck und die Konfliktfähigkeit möglich sei (vgl. E. 3.2 und 4.7). Die anderslautende Beurteilung der behandelnden Arztperson vermag – dazu ausführlich E. 6 und 7

– unter mehreren Gesichtspunkten nicht zu überzeugen. 5. 4

Ergänzend ist

hervorzuheben , dass sich gemäss Bericht des Instituts E. ___ vom 28. Mai 2020 zur langjährigen Rücken- und linksseitig betonten Beinschmerzproblematik

in der im November 2019 durchgeführten elektrophysiologischen Untersuchung keine Zeichen eines chronisch neurogenen Umbaus zeigten. Diagnostische Medial Branch -Blockaden im Bereich Facettengelenke LWK2/3, die caudal an die Spondylodese BWK12 bis LWK2 anschliessen , führten nach Angaben des Beschwerdeführers zwar zu einer signifikanten Schmerzreduktion über einen adäquaten Zeitraum hinweg (dazu Urk. 12/130/103) . Eine adjuvante Behandlung mittels Radiofrequenz brachte jedoch keinen länger anhaltenden analgetischen Effekt (vgl. Urk. 12/130/100).

Die weiteren Abklärungen seit der letzten Begutachtung sind somit nicht aussagekräftig bzw. es konnten daraus keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden. Es bleibt

beim MRT-Befund vom 20. Juni 2014 mit einer möglichen Tangierung des Myelons in den untersten Segmenten , wobei die knöchernen Strukturen schon bei der letzten Operation entfernt wurden (vgl. Urk. 12/69/14 und 12/69/32), sowie bei

im Vergleich zum Vorgutachten weitgehend unveränderten klinischen Befunden (insbesondere keine Paresen oder Atrophien, im Detail Urk. 12/69/19 und E. 4.3).

Bezüglich der MRI-Befunde der Halswirbelsäule erfolgte gemäss neuro-urologischem Bericht der Universitätsklinik A. ___ vom 27. Januar 2020 eine Infiltration im April 2019 (vgl. Urk. 12/119/2 Diagnoseliste Nr. 4). Im soeben erwähnten Bericht zur Schmerztherapie wurde lediglich noch der Verdacht auf eine Okzipitalis -Neuralgie diagnostiziert; weitere medizinische Massnahmen werden in diesem Zusammenhang keine erwähnt (vgl. Urk. 12/130/100). Behandlungsanamnestic lassen sich somit keine massgeblichen somatischen Halswirbelsäulen- Beschwerden bestätigen. 6.

E. 17

Abs. 1 ATSG nach erneuter materieller Anspruchsprüfung zu verneinen. Zudem konnte in der aktuellen Begutachtung erneut keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % in der angestammten Tätigkeit festgestellt werden, die einen Rentenanspruch zu begründen vermöchte (E. 1.2). Die verminderte Leistungsfähigkeit bzw. der erhöhte Pausenbedarf wurden dabei von den Gutachtern bereits im Rahmen der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % berücksichtigt, weshalb sich hierfür kein leidensbedingter Abzug rechtfertigt.

Die behandelnden Ärzte der D. ___ beurteilten den Beschwerdeführer bereits bei der letzten Anspruchsprüfung als nur in sehr geringem Umfang respektive im geschützten Rahmen arbeitsfähig (vgl. Urk. 12/76/1 unten). An dieser abweichenden Einschätzung hielt man in der aktuellen Stellungnahme fest; eine seither eingetretene Verschlechterung des psychischen Zustandes wurde demgegenüber nicht näher substantiiert und wäre in Anbetracht der Ausführungen zu den Standardindikatoren auch nicht plausibel.

Die Beschwerdegegnerin hat die Vergleichseinkommen korrekt ermittelt (Urk. 2, Urk. 12/131/6 f.), der Prozentvergleich ist zu bestätigen. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers somit zu Recht verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 9.

9.1

Aufgrund der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben (vgl. Urk. 8) und vorgelegten Unterlagen (vgl. Urk. 9/1-7) kann angenommen werden, dass er nicht in der Lage ist, neben seinen Lebenshaltungskosten auch für die Prozesskosten aufzukommen. Es ist von Mittellosigkeit auszugehen. Sein Begehren kann trotz Abweisung der Beschwerden nicht als von Prozessbeginn an als klar aussichtslos bezeichnet werden. Eine Rechtsschutzversicherung besteht gemäss eigenen Angaben nicht (vgl. Urk. 8 S. 2). Damit sind die Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt und dem Beschwerdeführer ist entsprechend seinem Gesuch vom 18. März 2021 (Urk. 1) die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. 9.2

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 Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Diese sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst:

Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Prozessführung bewilligt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

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

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

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

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

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