

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00363 vom 26. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00363

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00363 du 26 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00363 del 26 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

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]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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

a. ihre Erwerbsunfähigkeit 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 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.3. Gemäss Art. 17 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Abs. 1). Der Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit ist die Wiedereinschulung in den bisherigen Beruf gleichgestellt (Abs. 2). Als Umschulung gelten gemäss Art. 6 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) Ausbildungsmassnahmen, die

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers im Wesentlichen gestützt auf das Z.____-Gutachten vom 12. Juni 2010 (vgl. Urk. 7/28) sowie auf die psychiatrische Stellungnahme ihres Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 10. November 2011 (vgl. Urk. 7/36). Es sei nach wie vor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer reaktiven, psychosozial ausgelagerten Anpassungsstörung auszugehen, die IV-fremd sei. Der Beschwerdeführer sei durch die eheliche Konfliktsituation sowie die finanziell angespannten Umstände mit Zukunftsängsten belastet. Die polydisziplinäre Begutachtung habe keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Dies sei vom RAD bestätigt worden. In der Biographie des Beschwerdeführers hätten sich keine Hinweise für eine selbständige depressive Störung gefunden. Im Vordergrund stehende reaktive, psychosozial ausgelagerte Anpassungsstörungen könnten praxisgemäss (BGE 127 V 294 E. 5a) nur bei einer fachärztlich diagnostizierten andauernden Depression im fachmedizinischen Sinne oder einem damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand als invalidisierend qualifiziert werden (Urk. 2 und 6).

2.2 Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vortragen, dass er sich seit 2008 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befinde. Nicht nur der behandelnde Psychiater, sondern auch die Ärzte der Psychiatrischen Klinik A.____ (Hospitalisation im Jahr 2009) diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Z.____-Gutachten, in dem dieser Diagnose widersprochen werde, sei widersprüchlich und nicht schlüssig. Die Einholung dieses Gutachtens verstosse gegen die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK), weil die MEDAS-Stellen und insbesondere das Z.____ (finanziell) nicht unabhängig seien. Auf dieses Gutachten könne nicht abgestellt werden (Urk. 1).

Replicando liess der Beschwerdeführer weiter ausführen, dass er kurze Zeit nach der Begutachtung durch das Z.____ an einem multimodalen Therapieprogramm für Affektkranke teilgenommen habe. Auch in der Tagesklinik der B.____ sei unter anderem eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) diagnostiziert worden. Bei der Beurteilung durch das Z.____ handle es sich um einen besonders augenfalligen Versuch, einen kranken Menschen gesund zu schreiben. Das Z.____-Gutachten sei nicht geeignet, etwas über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszusagen. Es bestehe im Wesentlichen aus Blocksätzen und Floskeln. Der grosse Umfang des Gutachtens ergebe sich aus der Tatsache, dass es sich

Gedächtnisstörungen. Im formalen Denken geordnet. Keine Hinweise auf Phobien oder Zwänge. Keine Ich-Störungen, Wahn oder Sinnestäuschungen. Affektiv freundlich, Schwingungsfähigkeit vorhanden. Psychomotorisch ruhig und unauffällig. Keine Suizidalität oder Fremdgefährdung. ■

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. J. ___ von der Medizinischen Klinik des Stadtsitals E. ___ Äusserte sich in seinem Bericht vom 13. Mai 2008 (Urk. 7/19/17-18) dahingehend, dass der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert sei. Er wolle eine Invalidenrente beantragen. Von Seiten des Schlafapnoe-Syndroms werde sich kaum eine Rentenberechtigung ergeben. Das Apnoe-Hypnoe-Syndrom sei nicht schweren Grades; die Compliance des Beschwerdeführers bezüglich der CPAP-Therapie sei bislang ungenügend. Es sei anzunehmen, dass unter konsequenter Therapie seine Arbeitsfähigkeit aufgrund des Apnoe-Hypnoe-Syndroms nicht eingeschränkt sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Med. pract. K. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. Juli 2009 (Urk. 7/20) eine rezidivierende depressive Störung (aktuell mittelgradig). Diese bestehe seit der Herzoperation im Jahr 2003. Weiter lägen eine Panikstörung und ein Status nach Opiatabhängigkeit vor, wobei der Beschwerdeführer nunmehr abstinent sei. Die Panikstörung und der Status nach Opiatabhängigkeit hätten aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der aktuelle Zustand beziehungsweise die aktuellen Symptome wurden folgendermassen geschildert: ■ Depressiver Gesichtsausdruck, verminderter Antrieb, Zukunftsängste, Gräbeln, manchmal Panikattacken, Schlafstörung mit Frühherwachen, Suizidgedanken, welche auf Antidepressiva besserten, insgesamt mittelgradige Depression. ■ Der Beschwerdeführer sei psychisch nicht belastbar und nicht in den Arbeitsprozess integrierbar. Die arbeitsrelevanten Einschränkungen liessen sich wohl kaum vermindern; die psychiatrische Behandlung wirke sich aber positiv auf den Gesundheitszustand aus.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. L. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem psychiatrischen Gutachten (MEDAS-Teilgutachten) vom 3. Mai 2010 (Urk. 7/28/34-38) aus, dass eine Störung durch Opioide zu stellen sei (gegenwärtig abstinent, aber in einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm). Man müsse davon ausgehen, dass es sich nicht um eine schwere Abhängigkeit gehandelt habe, denn der Beschwerdeführer habe über Jahre seinen Konsum kontrollieren und auch relativ rasch damit aufhören können. Die von anderer Seite gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (seit der Herzoperation 2003) könne er nicht bestätigen. Gegenwärtig müsse eine depressive Störung beim Beschwerdeführer verneint werden. Er zeige im Untersuchungsgespräch keinerlei Anhaltspunkte für eine depressive Störung. Es lägen weder inhaltliche noch formelle Denkstörungen vor. Er sei adäquat in der Auffassungsgabe, habe sich auf das Gespräch konzentrieren können und keine Ermüdung gezeigt. Auch was den Tagesablauf angehe, sehe man, dass der Beschwerdeführer eine gewisse Tagesstruktur habe, so könne er ■ abends ins Internet gehen. ■ Der verminderte Schlaf und auch der verminderte Appetit seien auch im Zusammenhang mit einer mangelnden Tagesstruktur mit reduzierten Leistungsanforderungen zu sehen. Die verminderte Libido könne eine Nebenwirkung der Medikamente sein, die er aus somatischen Gründen einnehme. Was die diagnostizierten depressiven Episoden in der Vergangenheit angehe, sei davon auszugehen, dass es sich dabei um rezidivierende Anpassungsstörungen handle. Im Anschluss an den Herzinfarkt

habe der Beschwerdeführer eine längere depressive Reaktion durchlebt. Diese Reaktion habe bis ins Jahr 2006 hineingereicht; es habe immer wieder Stressoren gegeben, wie die beiden Autounfälle, die der Beschwerdeführer depressiv verarbeitet habe, oder die Erwerbslosigkeit und die Zukunftsangst. Deshalb sei es zu einer Protrahierung des depressiven Zustandsbildes gekommen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aber nicht eingeschränkt. Er habe in der Untersuchung keinerlei Einschränkungen der kognitiv flexiblen Affektivität (Konzentrationsstörungen, Ermüdbarkeit, Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, Interaktionsprobleme im Gespräch) gezeigt. Deshalb sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig. Die Prognose sei stabil und gut. Eine erneute Anpassungsstörung in der Zukunft könne aber nicht ausgeschlossen werden. Deswegen sei eine regelmäßige psychiatrische Behandlung wichtig, damit der Beschwerdeführer lerne, mit eventuellen Stressoren im Rahmen von kritischen Lebensereignissen umzugehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Chefarzt Dr. med. M. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, und die Chirurgin med. pract. N. ____, erhoben im MEDAS-Gutachten vom 12. Juni 2010 (Urk. 7/28/1-33) folgende Diagnosen:

1. Ä Ä Koronare Dreigefässkrankung mit/bei:

-Ä Status nach akutem Koronarsyndrom im Februar 2003

-Ä Status nach vierfacher koronarer Revaskularisation (LIMA auf RIVA, RIMA auf PLA/RCX, Vene auf RCA, Vene auf R. diagonalis) am 25.02.2003

-Ä postoperativ normaler LV-Funktion

-Ä kardiovaskulären Risikofaktoren: persistierender Nikotinabusus und Dyslipidämie

-Ä aktuell ohne Hinweise für eine Restischämie und ohne Zeichen einer Herzinsuffizienz

2. Ä Ä Peripher-arterielle Verschlusskrankheit mit/bei:

-Ä Status nach Stent-Einlage in der Arteria iliaca communis rechts am 04.08.2003

-Ä aktuell ohne Claudicatio-Symptomatik

3. Ä Ä Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit/bei:

-Ä Status nach unklaren Synkopen 2003, 2004 und 2007

4. Ä Ä Allgemeine Dekonditionierung mit/bei:

-Ä Fehlform und Fehllhaltung der Wirbelsäule (Hyperkyphose der BWS)

-Ä muskulärer Insuffizienz und Dysbalance

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Diagnosen hätten allerdings keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer klagt aktuell über seine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Er fühle sich schnell erschöpft und wenig belastbar. In psychischer Hinsicht berichte er über eine Angst, aus dem Haus zu gehen, und auch vor dem Autofahren; er befürchte, wieder bewusstlos zu werden. Vor allem morgens habe er keine Lust, mit jemandem zu sprechen. Er schlafe schlecht, weshalb er immer sehr müde sei. Die internistische Untersuchung ergebe das Bild eines knapp sechzigjährigen, eher kleingewachsenen und dekonditionierten Versicherten in erhaltenem Allgemeinzustand. Bei bekannter koronarer Dreigefässkrankung mit Status nach erfolgreicher

Revaskularisationsoperation im Jahr 2003 fÄ¼nden sich aktuell weder subjektiv noch objektiv Hinweise fÄ¼r eine Rest-IschÄ¼mie. Die verminderte Leistung in der Ergometrie beziehungsweise die knapp normale Gehstrecke im 6-Minuten-Gehtest seien nicht kardial bedingt, sondern im Rahmen der ausgeprÄ¼gten Dekonditionierung zu interpretieren. Im klinischen Status fÄ¼nden sich keine Anhaltspunkte fÄ¼r eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz. Auch bestÄ¼nden keine Hinweise fÄ¼r eine signifikante peripher-arterielle Verschlusskrankheit bei Status nach erfolgreichem Stenting der Arteria iliaca communis rechts im August 2003. Trotz eines erheblichen und andauernden Nikotinabusus fÄ¼nden sich weder klinisch noch spirometrisch Hinweise fÄ¼r eine obstruktive oder restriktive VentilationsstÄ¼rung. Abgesehen von einer grossbogigen Hyperkyphose der BrustwirbelsÄ¼ule fÄ¼nden sich auch keine wesentlichen EinschrÄ¼nkungen von Seiten des Bewegungsapparates. Auch der Neurostatus sei weitgehend unauffÄ¼llig. Somit kÄ¼nne aus internistischer Sicht fÄ¼r eine sehr leichte bis leichte kÄ¼rperliche TÄ¼tigkeit, etwa im Handel und Verkauf oder im administrativen Bereich, keine EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit begrÄ¼ndet werden. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe der BeschwerdefÄ¼hrer keinerlei Anhaltspunkte fÄ¼r eine depressive StÄ¼rung gezeigt. Die depressiven Episoden in der Vergangenheit seien rezidivierende AnpassungsstÄ¼rungen gewesen. Aber auch aus psychiatrischer Sicht sei die ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers nicht eingeschrÄ¼nkt. Zusammenfassend und unter BerÄ¼cksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der BeschwerdefÄ¼hrer aus interdisziplinÄ¼rer Sicht in allen seinem Alter und Habitus entsprechenden TÄ¼tigkeiten zu 100 % arbeitsfÄ¼hig. In der zuletzt ausgeÄ¼bten ErwerbstÄ¼tigkeit als selbstÄ¼ndiger TeppichhÄ¼ndler sei der BeschwerdefÄ¼hrer zu 100 % arbeitsfÄ¼hig, solange er die Teppiche nicht selber tragen oder rollen mÄ¼sse. Rein therapeutisch sei die Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung zum Erlernen von StressbewÄ¼ltigungsstrategien zur Verhinderung weiterer AnpassungsstÄ¼rungen zu empfehlen. Aus objektiver Sicht habe sich der Gesundheitszustand des BeschwerdefÄ¼hrers seit dem Jahr 2004 nicht verschlechtert.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Oberarzt Dr. med. O. ___ und die Psychologin lic. phil. P. ___ von der B. ___ Ä¼sserten sich in ihrem Bericht vom 10. November 2010 (Urk. 7/34) dahingehend, dass die Wiederaufnahme der bisherigen TÄ¼tigkeit (TeppichhÄ¼ndler) aufgrund des Krankheitsbildes und des Verlaufs - auch lÄ¼ngerfristig - kaum realistisch sei. Zum aktuellen Zeitpunkt sei der BeschwerdefÄ¼hrer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht einsetzbar. Im Moment kÄ¼nne er nur eine einfache, sich wiederholende Arbeit mit reduziertem Pensum auf dem geschÄ¼tzten Arbeitsmarkt leisten. Seit Februar 2003 liege eine rezidivierende depressive StÄ¼rung vor, gegenwÄ¼rtig mittel- bis schwergradige Episode mit somatischem Syndrom. Im Bereich der kognitiven Merkmale bestÄ¼nden unterdurchschnittliche bis stark eingeschrÄ¼nkte FÄ¼higkeiten; die KonzentrationsfÄ¼higkeit sei rasch erschÄ¼pft (nach 30 bis maximal 45 Minuten). Einfache Anweisungen kÄ¼nne sich der BeschwerdefÄ¼hrer merken. Neuerlerntes sei aber rasch vergessen. Sein Arbeitstempo sei verlangsamt. Psychische EinschrÄ¼nkungen: Ä■ Depressive Symptome; affektarm, StÄ¼rung der VitalgefÄ¼hle, deprimiert, hoffnungslos, Ä¼ngstlich, dysphorisch, InsuffizienzgefÄ¼hle. Ä■ Ausserdem sei er rasch verunsichert und verzweifelt Ä¼ber seine eingeschrÄ¼nkten FÄ¼higkeiten. Aus arbeitstherapeutischer Sicht genÄ¼gten die aktuellen ArbeitsfÄ¼higkeiten des BeschwerdefÄ¼hrers nicht fÄ¼r eine TÄ¼tigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt; dies vor allem auch wegen seiner geringen kognitiven FÄ¼higkeiten, des langsamen

Arbeitstempos und des geringen Antriebs. Eine grosse Ressource sei, dass Arbeit einen grossen Stellenwert in seinem Leben habe und er gerne einer sinnvollen Tätigkeit nachgehen würde (vgl. auch den Bericht von Prof. O.____ und lic. phil. P.____ vom 29. Juni 2011 [Urk. 13]).

Am 10. Januar 2011 nahm Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Manuelle Medizin, vom RAD zur unterschiedlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten und den behandelnden Psychiatern Stellung (Urk. 7/36 S. 5): Von den behandelnden Psychiatern sei konstant eine rezidivierende depressive Störung unterschiedlichen Schweregrades diagnostiziert worden. Im letzten Bericht der B.____ werde dies wieder aufgenommen und psychopathologisch sehr unterschiedlich gewichtet. Insbesondere entstehe der Eindruck einer massiven Verschlechterung unter multimodaler Behandlung. Hinsichtlich der Ätiologie der depressiven Störung werde stereotyp die durchgemachte Herzoperation 2003 identifiziert; Ehestreitigkeiten seien ein zusätzlicher Faktor. Anlässlich der Untersuchungen für das MEDAS-Gutachten (mit ausführlicher psychiatrischer Exploration) habe keine depressive Störung vorgelegen. Im ausführlichen Lebensverlauf könne daher die von der B.____ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, die seit dem Jahr 2003 andauern solle, nicht nachvollzogen werden. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass erneut Symptome einer Anpassungsstörung aufgrund psychosozialer Umstände vorliegen. Hinweise für eine selbständige depressive Störung finden sich in der Biographie des Beschwerdeführers nicht. Der Bericht der B.____ beinhalte keine neuen massgebenden Befunde, die nicht schon im MEDAS-Gutachten berücksichtigt worden seien. Die vom Beschwerdeführer in seiner Einsprache (Einwand im Vorbescheidverfahren [vgl. Urk. 7/32]) geltend gemachte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes sei nicht nachzuvollziehen. Solange keine eigenständige Genese vorliege, sei überwiegend wahrscheinlich von einer reaktiven, psychosozial ausgelösten Anpassungsstörung auszugehen (familiäre Belastungsfaktoren). Vor dem Eintritt in die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich seien sicher familiäre Auslöser und eventuell auch der negative Bescheid im MEDAS-Gutachten sowie der Vorbescheid als Faktoren zu sehen. Da keine neuen medizinischen Erkenntnisse vorliegen, könne nach wie vor auf die Einschätzungen im MEDAS-Gutachten abgestellt werden (vgl. dazu auch die Einschätzung des Neurologen PD Dr. med. univ. R.____ vom RAD vom 23. Juni 2010 [Urk. 7/29 S. 4]).

E. 3.3

3.3.1 Der Beschwerdeführer liess - wie ausgeführt - geltend machen, dass die MEDAS-Stellen im Allgemeinen und das Z.____ im Besonderen wirtschaftlich von der Invalidenversicherung beziehungsweise von der Beschwerdegegnerin abhängig seien, weshalb ihm ein faires Verfahren verweigert und Art. 6 EMRK verletzt worden sei. Hinsichtlich dieser geltend gemachten wirtschaftlichen Abhängigkeit ist festzuhalten, dass eine ausgedehnte Gutachtertätigkeit für die Sozialversicherungsträger nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts keinen Befangenheitsgrund darstellt. Daran hat das Bundesgericht trotz gelegentlich in Rechtsschriften und in der Literatur vorgebrachter Kritik, wer dem Versicherungsträger wirtschaftlich nahe stehe, könne nicht unparteiisch sein, festgehalten (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_900/2009 vom 18. März 2010, E. 2.1 mit Hinweisen auf SVR 2009 UV Nr. 32 S. 111, 8C_509/2008, und SVR 2008 IV Nr. 22 S. 69, 9C_67/2007). Etwas Gegenteiliges ergibt sich auch aufgrund

des Urteils des EGMR in Sachen Sara Lind Eggertsdóttir gegen Island vom 5. Juli 2007 Nr. 31930/04 nicht (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_134/2009 vom 5. August 2009, E. 2.4 mit Hinweisen, BGE 135 V 465 E. 4.4). Der formell-rechtliche Einwand der fehlenden Unabhängigkeit des Z. ___ stützt sich auch mit Blick auf die der MEDAS rechtsprechungsgemäss zukommende Unabhängigkeit und Unparteilichkeit (BGE 132 V 376 E. 6.2, 123 V 175; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_127/2010 vom 7. April 2010, E. 3.2) ins Leere. Auch für eine Befangenheit der einzelnen Gutachter fehlt es an konkreten Anhaltspunkten.

3.3.2.2 Auch soweit der Beschwerdeführer rügen liess, dass das Z. ___-Gutachten im Wesentlichen aus Blocksätzen und Floskeln bestehe, erweist sich sein Vortrag als nicht stichhaltig. Die Gutachter gingen im Einzelnen auf die Situation des Beschwerdeführers ein und berücksichtigten nicht nur die vorliegenden Akten, sondern auch seine anamnestischen Angaben, erhoben eigene Untersuchungsbefunde und diskutierten sie anschliessend. Insbesondere dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. L. ___ (Urk. 7/28/34-38) lassen sich nicht nur detaillierte biographische Angaben entnehmen, sondern auch die aktuell geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen, die durchgeführten Untersuchungen und die daraus gezogenen Schlüsse. Dr. L. ___ begründete nachvollziehbar, weshalb er sich der zuvor gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nicht anschliessen könne und von einem Status nach Anpassungsstörung ausging: Der Beschwerdeführer habe im Untersuchungsgespräch keinerlei Anhaltspunkte für eine depressive Störung gezeigt. Es seien weder inhaltliche noch formelle Denkstörungen ersichtlich gewesen. Seine Auffassungsgabe sei adäquat gewesen; er habe sich orientieren können und keine Ermüdung gezeigt. Auch Dr. N. ___ konnte bei ihrer Untersuchung keine psychischen Besonderheiten feststellen (Urk. 7/28/13): Der Beschwerdeführer sei wach, bei klarem Bewusstsein und allseits orientiert gewesen. Seine mnestischen und kognitiven Fähigkeiten seien intakt gewesen und das formale und inhaltliche Denken unauffällig. Die Grundstimmung sei ausgeglichen gewesen mit erhaltener affektiver Schwingungsfähigkeit. ■Keine ersichtliche Depressivität. ■Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig.

Es bestehen keine objektiven Anzeichen, dass die Eindrücke der Dres. N. ___ und L. ___, die von diesen aufgrund ihrer persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers gewonnen haben, nicht nach bestem Wissen und Gewissen geschildert wurden. Für die replicando erhobene Rüge, dass es sich beim Z. ___-Gutachten um einen besonders augenfälligen Versuch, einen kranken Menschen [] gesund zu schreiben (Urk. 12 S. 5) handle, besteht kein Anlass. Vielmehr ist davon auszugehen, dass anlässlich der Untersuchungen bei den Dres. N. ___ und L. ___ tatsächlich keine Anzeichen für eine rezidivierende depressive Störung oder dergleichen vorhanden waren.

Was die unterschiedliche diagnostische Beurteilung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung durch die behandelnden Psychiater und den Z. ___-Gutachtern betrifft, hat dazu insbesondere auch der Psychiater Dr. Q. ___ überzeugend und nachvollziehbar Stellung genommen (vgl. Urk. 7/36 S. 5). Angesichts des Umstandes, dass anlässlich der Untersuchungen für das Z. ___-Gutachten keine depressive Störung vorgelegen habe, könne die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, die seit dem Jahr 2003 andauern solle, nicht nachvollzogen werden.

Es sei vielmehr überwiegend wahrscheinlich, dass Symptome einer Anpassungsstörung aufgrund psychosozialer Umstände vorliegen. Hinweise für eine selbständige depressive Störung finden sich in der Biographie des Beschwerdeführers nicht. Auslöser dieser reaktiven psychosozialen Umstände seien familiäre Probleme (Ehestreitigkeiten) und eventuell auch die versicherungsrechtliche Auseinandersetzung. Dass die eheliche Konfliktsituation und die Zukunftsängste einen erheblichen Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers haben, ergibt sich im Übrigen auch aus dem Bericht von med. pract. H. ___ und med. pract. I. ___ vom 22. April 2009 (Urk. 7/19/11-16), in dem diese wiedergaben, dass sich der Beschwerdeführer in der Klinik wohler fühle als zu Hause bei seiner Frau.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch soweit der Beschwerdeführer thematisieren liess, dass im Z. ___-Gutachten einerseits ausgeführt werde, er habe eine gewisse Tagesstruktur, weil er abends ins Internet gehe, und andererseits die geklagten Appetit- und Schlafdefizite im gleichen Gutachten als Folge einer mangelnden Tagesstruktur erklärt würden, und darin einen nicht nachvollziehbaren Widerspruch zu erkennen glaubte (Urk. 1 S. 4 f.), erweist sich sein Vortrag als nicht stichhaltig. Die genannten Passagen sind nämlich gar nicht widersprüchlich, sie zeigen bloss beispielhaft auf, dass der Beschwerdeführer eine gewisse, aber eben nur eine schwach ausgeprägte Tagesstruktur hat (vgl. zum Tagesablauf Urk. 7/28/36).

3.3.3 Ä Ä Zusammenfassend ist kein Grund ersichtlich, weshalb vorliegend nicht auf das Z. ___-Gutachten abgestellt werden könnte. Es erfüllt sämtliche in E. 1.5 wiedergegebenen Anforderungen an ein Gutachten. Es erweist sich insbesondere als schlüssig und nachvollziehbar, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die Vorakten. Allein der Umstand, dass die behandelnden Psychiater hinsichtlich Diagnose und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu anderen Ergebnissen kommen wie die Z. ___- beziehungsweise MEDAS-Gutachter kann die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht beeinträchtigen. Zum einen erklärte - wie bereits ausgeführt - insbesondere Dr. Q. ___, weshalb die im Gutachten gezogenen Schlüsse überzeugender seien als die davon abweichenden; zum anderen erweisen sich die vom Beschwerdeführer gegen die Begutachtung im Z. ___ erhobenen Rügen formeller Natur (fehlende wirtschaftliche Unabhängigkeit) - wie ebenfalls ausgeführt - als unbegründet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter ist daran zu erinnern, dass es den involvierten Ärztinnen und Ärzten offenbar bereits früher schwer gefallen ist, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu bestimmen. Schon anlässlich seiner ersten Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin war der behandelnde Arzt der Ansicht, er sei dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig, während Dr. C. ___ und Dr. D. ___ am 11. August 2004 keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestieren konnten (vgl. E. 3.2.1).

3.3.4 Ä Ä Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren zu Recht abgewiesen hat. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hat sich nicht verschlechtert; er ist in seinem angestammten Beruf als Teppichhändler beziehungsweise in allen seinem Alter und Habitus entsprechenden Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/28/30-31). Aberdies wies die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf hin, dass die im Vordergrund stehende reaktive, psychosozial ausgelösten Anpassungsstörungen praxisgemäss (BGE 127 V 294 E. 5a) nur bei einer fachärztlich diagnostizierten andauernden Depression oder einem damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand als

invalidisierend qualifiziert werden können (Urk. 6). Diese Voraussetzungen sind nicht gegeben.

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerde abzuweisen ist.

4.Â Â Â Â Â Â Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.Â Â Â Â Â Â 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).

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

Â Â Â Â Â Â 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).

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