

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00465 vom 26. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00465

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00465 du 26 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00465 del 26 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

1.%2 X.____, geboren 1956, arbeitete zuletzt seit August 1999 als Maler bei der Y.____ AG in Z.____ (Urk. 12/13/2). Am 1. September 2008 erlitt der Versicherte einen Autounfall (Auffahrkollision, Urk. 12/7/19). Ab dem 4. Mai 2009 wurde er zu 100 %

krankgeschrieben (Urk. 12/13/

E. 1.1

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.3

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art.

E. 1.4

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

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

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

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

E. 1.5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Befunde den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht,

die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 2.

2.1

Dr. A.____ nannte in seinem Bericht vom 29. September 2009 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Cervicobrachialgie beidseits bei Diskushernie C6/7 linksbetont, (2) eine akute Lumboischialgie links bei Diskushernie L3/4 links, (3) eine Facettengelenksarthrose L4/5, (4) einen Status nach Wurzelkompressionssyndrom L5 rechts bei mediolateraler Diskushernie L4/5 rechts und (5) einen Status nach Wirbelsäulen-Operation am 6. Juli 2009. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Reflux-Krankheit. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit dem 4. Mai 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten würden wahrscheinlich nicht mehr in Frage kommen (Urk. 12/11/1-3). In seinem Bericht vom 26. Januar 2010 stellte Dr. A.____ zusätzlich eine depressive Verstimmung fest (Urk. 12/27/1). 2.2

Dr. med. N.____, Facharzt für Rheumatologie sowie Physikalische Medizin FMH, von der O.____ GmbH stellte in seinem Bericht vom 9. April 2010 zuhanden der Züricher Versicherungsgesellschaft AG folgende Diagnosen (Urk. 12/51/44): (1) ein chronisches Panvertebral-Syndrom bei /mit: - lumbospondylogener Ausprägung rechts mehr als links - cervicocephaler und cervicobrachialer Ausprägung beidseits - einer Diskushernie C6/7 links betont, einer Diskushernie L3/4, einer Facettengelenksarthrose L4/5, einem Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie

L3/4 links (Juli 2009) - einer

ausgeprägten Symptomverdeutlichung und Symptomausweitung im Rahmen von Diagnose 2 (2) ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung

Dr. N.____ beurteilte die Leistungsbereitschaft als nicht zuverlässig. Die Beobachtungen bei den Tests hätten auf eine deutliche Selbstlimitierung hingewiesen. Die Konsistenz bei den Tests sei im Wesentlichen schlecht gewesen.

Dem Beschwerdeführer sei seine bisherige Tätigkeit als Maler (mindestens) halbtags, vier bis fünf Stunden pro Tag, zumutbar. Eine leichte Arbeit sei ihm mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer Stunde pro Tag ganztags zumutbar (Urk. 12/51/45-46). 2.3

Dr. D.____

hielt in ihrem Bericht vom 23. April 2010 zuhanden des Beschwerdeführers als Diagnose eine schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2) fest. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit als Maler zu 0 % arbeitsfähig. In einer leichten Verweistätigkeit sei ein Arbeitsversuch von ca. 2 Stunden pro Tag möglich. Wenn das gut gehe, könne man

versuchen, die Arbeitszeit jede Woche um eine Stunde zu verlängern (Urk. 12/39). 2.4

Dr. E.____ diagnostizierte in ihrem

an den Beschwerdeführer gerichteten Bericht vom 21. April 2010 (1) ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 links bei Status nach mikrochirurgischer Sequenktomie L3/4 im Juli 2009, eine Facettengelenksarthrose L4/5, einen Status nach Wurzelkompression L5 rechts, (2) ein chronisches cervicoradikuläres Reizsyndrom beidseits bei Diskushernie C6/7 linksbetont und (3) eine depressive Entwicklung. Aufgrund der Cervicobrachialgien und Lumboischialgien sei dem Beschwerdeführer keine rückenbelastende Arbeit mehr zuzumuten. Vonseiten der psychischen Situation bestehe nach wie vor eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/44). 2.5

Dr. F.____

stellte in seinem orthopädischen Gutachten vom 8. Juni 2010 als Diagnosen (1) eine chronifizierte

Cervicobrachialgie beidseits (seit 2008), (2) einen Status nach unkomplizierter Halswirbelsäulen-Distorsion (Akzelerations trauma vom September 2008), (3) eine chronifizierte

Lumboischialgie beidseits, manchmal links ausgeprägter und manchmal rechts (seit 2009), (4) einen Status nach Diskushernien-Operation von L3/4 links (Juli 2009), subjektiv postoperatives Resultat ungenügend, (5) eine akute schwerste Depression (seit April 2010) und (6) eine schwere somatoforme Schmerzstörung (seit April 2009). Dr. F.____ erklärte, dass auch für einen Orthopäden die sehr schwere Depression mit den bekannten somatischen Auswirkungen unübersehbar sei. Aus orthopädischer Sicht könne er im Moment keinerlei Arbeitsfähigkeit attestieren, weder in angestammter noch in irgendeiner angepassten Tätigkeit. Erst nach wesentlicher psychischer Verbesserung könne eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden, allerdings nur in einer bestmöglich angepassten Tätigkeit und stufenweise steigend. Bei günstigem Verlauf könne später in adaptierter Tätigkeit eine 60- bis 70%ige Arbeitsfähigkeit mit folgendem Belastungs- und Ressourcenprofil attestiert werden: Leichte Tätigkeit, vorwiegend ausgeübt in Wechselbelastung oder vorwiegend sitzend, ohne Tragen und Heben von Gegenständen über 5 kg pro Seite, ohne längerdauernde vornüber geneigte Haltung, ohne asymmetrische Lasteinwirkungen, ohne repetitive Überkopfbewegungen beidseits (Urk. 12/46/6-7) . 2.6

Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Pharmazeutische Medizin FMH, diagnostizierte

in seinem versicherungsmedizinischen psychiatrischen Konsilium zuhanden der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG vom 17. Juli 2010 (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und (2) eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21). Er gab an, es könne entgegen der Beurteilung des Rheumatologen Dr. F.____ mitnichten von einer „schwersten Depression“ die Rede sein. Vielmehr handle es sich um eine Anpassungsstörung, die vor dem Hintergrund einer normalpsychologisch vollkommen nachvollziehbaren und menschlich bedauernswerten schwierigen psychosozialen Lage wie auch vor dem Hintergrund unverarbeiteter Kränkungen in der Vergangenheit zu sehen sei, zumal mit Blick auf das Flüchtlingsschicksal und die jahrelange unbefriedigende berufliche Situation trotz hoch

stehender akademischer Qualifikation. Aus psychiatrischer Sicht seien Arbeiten, Verrichtungen und Körperbelastungen aufgrund der derzeit noch bestehenden Depression bis Ende 2010 nur eingeschränkt durchführbar bzw. möglich. Die Anpassung an eine volle – leichte – Arbeitstätigkeit sollte schrittweise und zunächst in geschütztem Rahmen erfolgen (Urk. 12/51/7-9). 2.7.2.7.1

Dr. G._____ stellte in ihrem rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Januar 2011 folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/62/57): ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits - bei Status nach mikrochirurgischer Diskushernien-Operation L3/4 links (Juli 2009) mit

massiver Osteochondrose L4/5 ohne Kompression neuraler Strukturen und mässigen degenerativen Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke der unteren Lendenwirbelsäule (MRI Dezember 2010) - klinisch ohne radikuläre Zeichen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (1) ausge dehnte chronische Schmerzen, (2) einen leichten Vitamin D-Mangel (47 nmol/l) und (3) einen Status nach Halswirbelsäulen-Distorsion Grad II nach Quebec Task Force -Klassifikation am 1. September 2008 mit leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und minimaler Diskusprotrusion C6/7 ohne neuralen Kontakt (MRI März 2010). Es sei denkbar, dass der Beschwerdeführer einen Teil der Tätigkeiten als Hilfsmaler nicht mehr ausüben könne (seit dem 4. Mai 2009). Dies betreffe längeres Verharren in ergonomisch ungünstigen Rückenhaltungen und Heben von Lasten über 15 kg. Als Jurist und Küchenhilfe könne er ohne Einschränkungen arbeiten. In einer adaptierten Tätigkeit sei er nie langfristig arbeitsunfähig gewesen (Urk. 12/62/57-60). 2.7.2

Dr. H._____

hielt in ihrem psychiatrischen Teilgutachten vom 5. Januar 2011 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

seit Ende 2009 fest. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien (1) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) bei Belastung im Zusammenhang mit der Arbeit (ICD-10 Z56.6), (2) Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) und (3) kranke und psychisch gestörte Familienangehörige (ICD-10 Z63.7).

Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer derzeit vor allem durch die depressive Störung beeinträchtigt, wodurch auch die somatoforme Schmerzstörung einen Krankheitswert erhalte. Es seien Müdigkeit und Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen, Einengung auf die Schmerzen, Verlust von Vitalität und Antrieb, Ängste sowie ein sozialer Rückzug festzustellen. In seiner bisherigen Tätigkeit als Maler sei er seit Ende 2009

eingeschränkt, derzeit ca. 40%. Für gut strukturierte Routinearbeiten, ohne ständige Zusammenarbeit mit anderen oder der Möglichkeit, sich in zusätzlichen Pausen zurückzuziehen, ohne übermässigen Leistungsdruck, bestehe aus psychiatrischer Sicht aktuell eine 30%ige Einschränkung für rücken adaptierte Tätigkeiten. Die Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Es sei bisher weder eine intensive ambulante noch eine konsequente teilstationäre bzw. stationäre Behandlung durchgeführt worden. Eine solche Behandlung wäre jedoch dringend indiziert, zumutbar und auch geeignet, die Leistungsfähigkeit zu erhöhen. Aus psychiatrischer Sicht wäre nach einer

solchen Behandlung in einer dem Rückenleiden adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Urk. 12/65/15-18). 2.7.3

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 27. Januar 2011 gaben Dr. G.____ und Dr. H.____ an, dass beim Beschwerdeführer als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits sowie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode gestellt worden seien. Die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit würden sich vor allem aus der psychiatrischen Diagnose ergeben (vgl. E. 2.7.2). Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine der eingeschränkten Funktionen der Lendenwirbelsäule adaptierte Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig (Urk. 12/68). 2.8

Im

Bericht der I.____ AG vom 13. April 2011 erklärten die behandelnden Ärzte, dass der Beschwerdeführer vom 14. Februar bis zum 25. März 2011 bei ihnen in stationärer Behandlung gewesen sei. Sie nannten als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)

seit 2009, (2) Probleme mit Bezug auf Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung (ICD-10 Z63.5), bestehend seit 2011, (3) Probleme mit Bezug auf einen unselbständigen Verwandten, der Betreuung benötige (ICD-10 Z63.6), bestehend seit Jahren, und (4) Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3), seit 1991. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie keine. Ärztliche Befunde wurden nicht aufgeführt.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maler sei der Beschwerdeführer während des stationären Aufenthalts vom 14. Februar bis zum 25. März 2011 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Im Zustand, in dem er sich bei Klinikaustritt befunden habe, sei er noch nicht in der Lage gewesen, eine behinderungsangepasste Tätigkeit aufzunehmen (Urk. 12/83/5-8). 2.9

In ihren Stellungnahmen vom 28. Mai 2011 (Urk. 12/90) respektive 18. Juli 2011 (Urk. 12/98) hielten Dr. G.____ und

Dr. H.____ an ihren Einschätzungen betreffend Arbeitsfähigkeit aus ihrem interdisziplinären Gutachten fest. 2.

E. 5

). Am

6. Juli 2009 unterzog er sich einer Diskushernien-Operation (Urk. 12/11/13). Am 25. August 2009 meldete sich der Versicherte wegen Schmerzen im Rücken und Nacken bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 12/1). Die IV-Stelle holte die Akten der zuständigen Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt

(SUVA,

Urk. 12/7), einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug vom 14. September 2009, Urk. 12/8), die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung, SWICA Krankenversicherung AG (Urk. 12/9), den Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt für

Allgemeinmedizin FMH, vom 29. September 2009 (Urk. 12/11/1-4) und den Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 13. Oktober 2009 (Urk. 12/13) ein. Am 22. Oktober 2009 teilte sie X.____ mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien, da die Genesung von der Bandscheibenoperation abzuwarten sei (Urk. 12/17). Daraufhin zog die IV-Stelle die Berichte von Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 17. September 2009 zuhanden des Versicherten (Urk. 12/25/8-10) und vom 10. Dezember 2009 zuhanden von Dr. A.____

(Urk. 12/25/6-7), den Bericht von Dr. A.____ vom 26. Januar 2010 (Urk. 12/27/1-4), den Bericht der Klinik C.____ vom 22. März 2010 (Urk. 12/31/6-7) und die nachgeführten Akten der SUV A (Urk. 12/33) bei X.____ reichte den Bericht von Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. April 2010 (Urk. 12/39) und den Bericht von Dr. med. E.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom 21. April 2010 (Urk. 12/44) ein. Des Weiteren gab die IV-Stelle bei Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, ein orthopädisches Gutachten in Auftrag, das dieser am 8. Juni 2010 erstattete (Urk. 12/46), holte

die Akten der neu erdings

zuständigen Krankentaggeldversicherung, Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG, (Urk. 12/51) ein und beauftragte Dr. med. G.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit der Erstellung eines bi-disziplinären

Gutachtens (Expertise n vom 13. Januar 2011, Urk. 12/62, und 5. Januar 2011, Urk. 12/65, sowie Gesamtbeurteilung vom 27. Januar 2011 [Eingangsdatum], Urk. 12/68). Mit Vorbescheid vom 28. Januar 2011 stellte sie dem Versicherten die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 12/73), wogegen X.____ am 16. Februar 2011 Einwand erhob (Urk. 12/79). In der Folge zog die IV-Stelle

den Bericht der I.____ AG vom 13. April 2011 (Urk. 12/83/6-10), die Stellungnahmen von Dr. G.____ vom 28. Mai 2011 (Urk. 12/90) und

Dr. H.____ vom 18. Juli 2011 (Urk. 12/98), den Bericht von Dr. med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 13. September 2011 (Urk. 12/109/1-4), den Bericht der psychiatrischen Einrichtung K.____ vom 6. Februar 2012 (Urk. 12/120/1-5) und den Bericht von Dr. D.____ vom 22. Februar 2012 (Urk. 12/122) bei. Schliesslich verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. April 2012 – ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 0% - einen Anspruch von X.____ auf eine Invalidenrente (Urk. 2). 2. Hiergegen erhob X.____, vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Laube, am 2. Mai 2012 Beschwerde und beantragte: „1. Die Verfügung vom 3. April 2012 sei aufzuheben. 2. Es sei dem Beschwerdeführer spätestens ab Mai 2010 eine Rente der IV zu gewähren. 3. Der Versicherte sei somatisch und psychiatrisch durch unbefangene Gutachter zu untersuchen und zu beurteilen. 4. Wir beantragen, Gelegenheit zur Erstattung einer Replik zu erhalten. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.“ Am 16. Mai 2012 legte der Beschwerdeführer den Bericht von med. pract. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Ärztlicher Leiter der Klinik M.____, vom 13. Mai 2012 ins Recht (Urk.

E. 7

und Urk. 8). Mit Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2012 erklärte die Beschwerdegegnerin, dass sie auf das Einreichen einer Stellungnahme verzichte (Urk. 11). Dies wurde dem Beschwerdeführer am 11. Juni 2012 angezeigt, mit dem Hinweis, dass mangels Stellungnahme der Beschwerdegegnerin ein zweiter Schriftenwechsel nicht erforderlich sei (Urk. 13). 3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 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).

Zudem entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 10

Dr. J.____ stellte in ihrem Bericht vom 13. September 2011 als neue Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Unfall im Mai 2011 mit posttraumatisch verstärktem CSS Differenzialdiagnose CRS C8 rechts. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie keine. In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfskoch sei der Beschwerdeführer seit dem 1. Mai 2011 bis zum „Praxis-Start“ zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/109/1-2). 2.

E. 11

, dass sich aus dem Bericht von Dr. J.____

vom 13. September 2011 (der nach dem Autounfall vom 5. Mai 2011 erstellt worden war) im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine neuen Erkenntnisse ergeben würden, die nicht bereits im interdisziplinären Gutachten von Dr. G.____ und Dr. H.____ berücksichtigt worden wären (Urk. 12/125/7). Auch dies ist ohne Weiteres nachvollziehbar, zumal die nach dem Autounfall vom 5. Mai 2011 durchgeführten radiologischen und neurologischen Untersuchungen weitgehend unauffällige objektive Befunde zeigten (Urk. 12/109/5-7). 3.4

3.4.1

Im psychiatrischen Teil des interdisziplinären Gutachtens vom 5. Januar 2011 legte Dr. H.____ überzeugend

dar, dass beim Beschwerdeführer die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung gestellt werden müsse, obwohl die Depressionen jeweils im Zusammenhang mit Belastungssituation einhergingen, das heisst gewissermassen „reaktiv“ seien. Das Ausmass der Beschwerden und der objektiven Befunde übersteige das einer Anpassungsstörung. Gegenwärtig seien die diagnostischen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt. Da bereits zum dritten Mal eine depressive Episode vorliege, könne von einer rezidivierenden Störung gesprochen werden. Beim Beschwerdeführer würden

durchgehend eine depressive Stimmung, Interesse- und Freudeverlust an sämtlichen Aktivitäten sowie ein verminderter Antriebszustand bestehen. Hinzu kämen ein Verlust des Selbstwertgefühls, wiederkehrende Gedanken an Suizid bis hin zu konkreten Suizidplänen, Klagen über vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, psychomotorische Hemmung sowie Libidoverlust, so dass auch die ICD-10-Kriterien einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom erfüllt seien. Bei der somatoformen Schmerzstörung seien die Forster-Kriterien teilweise erfüllt. Es bestünden eine behandlungsbedürftige psychiatrische Komorbidität und ausserdem chronische körperliche Erkrankungen. Die soziale Integration sei bis auf die engsten Familienmitglieder verloren, es handle sich um einen mehrjährigen Verlauf mit progredienter Symptomatik, ohne längerfristige Remission seit mindestens zwei Jahren. Die bisherigen Behandlungsergebnisse seien unbefriedigend, wobei aus psychiatrischer Sicht noch nicht alle therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft bzw. eine teilstationäre oder stationäre Behandlung bislang noch nicht durchgeführt worden, jedoch durchaus indiziert sei. Rehabilitationsmassnahmen seien, soweit bekannt, ebenfalls nicht durchgeführt worden. Ein sozialer Krankheitsgewinn könne nicht festgestellt werden (Urk. 12/65/16). Die Einschätzung der beiden Gutachterinnen Dr. G. ___ und Dr. H. ___, wonach der Beschwerdeführer aufgrund von Müdigkeit und Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Gedankenkreisen, Einengung auf die Schmerzen, Verlust von Vitalität und Antrieb, Ängsten sowie seinem sozialen Rückzug in seiner bisherigen Tätigkeit als Maler seit Ende 2009 eingeschränkt sei, im Zeitpunkt der Begutachtung zu ca. 40%, und für gut strukturierte Routinearbeiten, ohne ständige Zusammenarbeit mit anderen oder der Möglichkeit, sich in zusätzlichen Pausen zurückzuziehen, ohne übermässigen Leistungsdruck, eine 30%ige Einschränkung für rückenadaptierte Tätigkeiten bestehe (Urk. 12/65/17 und Urk. 12/68), ist angesichts der genannten Befunde nachvollziehbar.

Zur Frage, ab wann von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit auszugehen ist, haben sich die Gutachterinnen nicht geäussert.

Da

selbst Dr. P. ___ in seiner fachärztlichen Expertise vom 17. Juli 2010 zum Schluss kam, dass Arbeiten, Verrichtungen und Körperbelastungen aufgrund der Depression bis Jahresende 2010 nur eingeschränkt durchführbar seien (Urk. 12/51/9, vgl. E. 2.6), kann eine 30%ige Einschränkung des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit dem 17. Juli 2010 aber als ausgewiesen betrachtet werden. 3.4.2

Zum Bericht der Psychiaterin Dr. D. ___ vom 23. April 2010 (Urk. 12/39) bemerkte Dr. H. ___ im Wesentlichen, dass bei der Behandlung des Patienten nicht zwischen medizinisch relevanten und psychosozialen Faktoren unterschieden werde und die subjektive Einschränkung des Patienten sowie die psychosozialen Belastungen bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit eine Rolle spielen würden. Im Übrigen könne bei einer Behandlungsfrequenz von zweiwöchentlichen Sitzungen sowie nicht ausgeschöpfter Dosierung der Antidepressiva die Diagnose einer schweren Depression durchaus in Frage gestellt werden. Betreffend das

versicherungsmedizinische psychiatrische Konsilium von Dr. P. ___ vom 17. Juli 2010 (Urk. 12/51/3-11)

wies

Dr. H.____ darauf hin , dass der psychopathologische Befund darin weniger schwerwiegend als bei der heutigen Begutachtung schein e . Einige der wesentlichen und schwerwiegenden Beschwerden und Befunde - vor allem die Panikanfälle, mögliche psychotische Erlebnisse sowie die Suizidalität

–

habe Dr. P.____ aber

nicht erwähnt und bei der Beurteilung nicht berücksichtigt. Zum heutigen Zeitpunkt handle es sich um ein eigenständiges psychiatrisches Krankheitsbild, das unter anderem durch psychosoziale Belastungen ausgelöst und unterhalten werde, nicht jedoch ausschließlich um eine psychosoziale Belastungssituation oder lediglich um eine Anpassungsstörung (Urk. 12/65/18-19). Diese Ausführungen von

Dr. H.____ sind ebenfalls plausibel und ohne Weiteres nachvollziehbar. 3.4 .3

Am 18. Juli 2011 nahm Dr. H.____ zu den Einwänden des Beschwerdeführers und zum Austrittsbericht der I.____ AG vom 29. April 2011 (Urk. 12/87)

Stellung. Sie führte dabei unter anderem aus, dass seitens der I.____ AG die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit mehreren psychosozialen Belastungen (im Austrittsbericht ist die Rede davon, dass ein neuerlicher familiärer Konflikt mit der inzwischen getrennt vom Beschwerdeführer lebenden Ehefrau Auslöser für den freiwilligen stationären Klinikeintritt gewesen sei, Urk. 12/87/2) gestellt worden sei. Diese Belastungen seien bei ihrer Begutachtung ebenfalls festgestellt worden, könnten jedoch versicherungsmedizinisch nicht als Gesundheitsschaden beurteilt werden. Den berichteten passageren , möglicherweise psychotischen Symptomen, die der Beschwerdeführer auch bei der Begutachtung

vom 20. Dezember 2011 erwähnt habe, sei ebenfalls kein diagnostischer Wert zugewiesen worden. Weiter würden im Bericht der I.____ AG keine neuen Aspekte angeführt (Urk. 12/98/2) . Auch diese Darlegungen von Dr. H.____ sind einleuchtend und schlüssig . Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren spielen – für sich genommen

für den rechtlich massgebenden Begriff des Gesundheitsschadens keine Rolle (vgl. E. 1.3) , auch wenn sie im in der Medizin weit verbreiteten bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, das den Beurteilungen der behandelnden Ärzte der I.____ AG

offenbar zugrunde liegt ,

Platz finden

(vgl. BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts I 616/05 vom 2. März 2006 E. 2.3). Insofern stehen die Diagnosestellung von Dr. H.____ , die von einer mittelgradigen Episode einer depressiven Störung sprach und diejenige der behandelnden Ärzte der I.____ AG, die eine schwere Episode einer depressiven Störung feststellten und die psychosozialen Belastungsfaktoren dabei nicht klar ausschieden , nicht in Widerspruch zueinander. Im Übrigen erachtete auch Dr. H.____

eine teilstationäre oder stationäre Behandlung bereits in ihrem Gutachten vom 5. Januar 2011 als durchaus indiziert (Urk. 12/65/16) . 3.4.4

Nach Würdigung der in der Folge noch eingegangenen Berichte der psychiatrischen Einrichtung K.____ vom 6. Februar 2012 (Urk. 12/120/1-5), der I.____ AG vom 13. Februar

2012 (Urk. 12/123) und von Dr. D.____

vom 22. Februar 2012 (Urk. 12/122) erklärte RAD-Arzt und Psychiater Dr. U.____
am 22. März 2012 ,

dass an der Beurteilung im bidisziplinären Gutachten festgehalten werden könne (Urk. 12/125/8). Auch diese fachärztliche Stellungnahme ist einleuchtend . Denn aus dem Austrittsbericht der I.____ AG vom 13. Februar 2012 betreffend den zweiten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers zwischen dem 2. November 2011 und dem 16. Januar 2012 geht hervor , dass hier wiederum

die psychosoziale Belastungssituation des Beschwerdeführers eine sehr wesentliche Rolle spielte. So wurde im

Austrittsbericht vom 13. Februar 2012 insbesondere

auf den Konflikt

mit der Ehefrau, die Epilepsieerkrankung der erwachsenen Tochter und auch die finanziellen Probleme hingewiesen . Im Übrigen wurde bei Austritt lediglich noch eine leicht bis mittelgradig depressive Symptomatik diagnostiziert (Urk. 12/125/1). Auch der Bericht von Dr. D.____

vom 22. Februar 2012 (Urk. 12/122)

enthält keine wesentlichen neuen Gesichtspunkte, die Dr. H.____ nicht bereits berücksichtigt hätte . Dasselbe gilt für den Bericht von med. pract . L.____ vom 13. Mai 2012 (Urk. 8). Ferner ist zu beachten , dass Berichte von behandelnden Ärzten auf grund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten grundsätzlich ohnehin mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Im Bericht von

Dr. D.____

erstaunt denn auch , dass

sie den Beschwerdeführer trotz der von ihr diagnostizierten schweren depressiven Episoden und attestierten 80%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit selbst im geschützten Rahmen und trotz unter anderem deutlich eingeschränktem Konzentrationsvermögen als ohne Weiteres fahrtauglich erachtete (Urk. 12/122/5). Sowohl Dr. D.____

(Urk. 12/122) als auch med. pract . L.____ (Urk. 8) haben die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit im Übrigen nicht hinreichend begründet. 3.4.5

Nicht zu überzeugen vermag schliesslich auch die Aktenbeurteilung von RAD-Arzt Dr. Q.____ vom 27. Januar 2011, wonach das fachpsychiatrische Gutachten von Dr. H.____ nicht vollumfänglich verwertbar sei, weil gar nicht von einer selbständigen depressiven Störung gesprochen werden könne. Dr. Q.____ stützte sich dabei namentlich auf das Gutachten von Dr. P.____ vom 17. Juli 2010 (Urk. 12/50/8-10), der „lediglich“ eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt hatte und nicht von einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen ausgegangen war . Weiter wies Dr. Q.____ darauf hin, dass auf den Fotos aus der Untersuchung von Dr. G.____ keine depressive Mimik des Beschwerdeführers sichtbar sei (Urk. 12/70/12-13) . Die Kritik von Psychiater Dr. Q.____ ist jedoch insofern

nicht ganz von der Hand zu weisen, als die von den beiden Gutachterinnen Dr. G.____ und Dr. H.____ aus psychiatrischen Gründen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % in der angestammten und von 30 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit angesichts ihrer Diagnosestellung und

der genannten Befunde doch eher grosszügig erscheint. 4 .

Zu prüfen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 4.1

Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 223 f. E. 4.1 und 4.2, 128 V 174, Urteil des Bundesgerichts I 156/02 vom 26. Mai 2003).

Der Beschwerdeführer ist in seiner angestammten Tätigkeit als Maler seit dem 4. Mai 2009

zu mindestens 40 % arbeitsunfähig (vgl. E. 3.3.1). Am 25. August 2009 hat er sich zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 12/1). Hypothetischer Rentenbeginn ist so mit der 1 . Mai 2010. Zu jenem Zeitpunkt war eine 30%ige Einschränkung in einer behinderungsangepassten Tätigkeit allerdings noch nicht ausgewiesen . Von einer solchen ist erst ab dem 17. Juli 2010 auszugehen (vgl. E. 3.4.1). Zudem sind - wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird - den beiden Vergleichseinkommen des Beschwerdeführers praktisch gleich hohe Einkommenszahlen zugrunde zu legen , weshalb das Erreichen eines rentenrelevanten Invaliditätsgrades von mindestens 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns im Mai 2010 von vornherein ausser Betracht fällt. Der Einkommensvergleich ist daher für Juli 2010 vorzunehmen. 4.2

Zuletzt arbeitete der Beschwerdeführer bei der

Y.____ AG in Z.____ , ehe er am 4. Mai 2009 krankgeschrieben und seine Stelle schliesslich aus gesundheitlichen Gründen aufgeben musste.

Gemäss Arbeitgeberbericht der Y.____ AG vom 13. Oktober 2009 betrug sein Lohn im Jahr 2009 Fr. 61'620.-- . Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0,7 % (Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex, Entwicklung der Nominallöhne 1976-2012, T39, Männer) resultiert für das Jahr 2010

somit ein hypothetisches jährliches Valideneinkommen von Fr. 62'051.35 (Fr. 61'620.-- x 1,007) . 4.3

4.3.1

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächliches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die Tabellenlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE)

herangezogen werden (BGE

127 V 76 E. 3b/ bb). 4.3.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelsierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 4.3.3

Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens von den Tabellenlöhnen für das Jahr 2010 auszugehen. Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) von Männern des Anforderungsniveaus

4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) in allen Branchen betrug im privaten Sektor Fr. 4'901.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2010, TA1 S. 26). Bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden für alle Branchen (vgl. Die Volkswirtschaft 7/2013, S. 94, Tabelle B 9.2) führt dies zu einem hypothetischen Jahresverdienst von Fr. 61'164.50 (Fr. 4'901.-- : 40 x 41,6 x 12) bzw. bei einem 70 %-Pensum von Fr. 42'815.15 (Fr. 61'164.50 x 0,7). 4.3.4

Was den Abzug vom Invalideneinkommen betrifft, ist zunächst von Bedeutung, dass der Beschwerdeführer stark rückenbelastende Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann. Weiter ist zu berücksichtigen, dass er nur noch in einem 70 %-Pensum arbeiten kann. Dies führt in der Regel zu einer überproportional tieferen Entlohnung im Vergleich zu Männern, die ein Vollzeitpensum ausüben (Urteil des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 8.3). Zudem ist auch sein bereits relativ fortgeschrittenes Alter (Jahrgang 1956) zu beachten. Andererseits ist der Beschwerdeführer seit über 20 Jahren in der Schweiz, seit 2005 Schweizer, spricht gemäss

Dr. H.____

sehr gut , differenziert und korrekt Deutsch (Urk. 12/65/10) und verfügt über jahrelange Erfahrung in der ihm beispie ls weise noch zumutbaren Tätigkeit als Hilfskoch (Urk. 12/8/2 und 12/65/12). Ferner wurde die

Einschränkung des Beschwerdeführers

in der Arbeitsfähigkeit eher grosszügig bemessen (vgl. E. 3.4.5). Unter Würdigung sämtlicher Um stände erscheint daher ein Abzug in der Höhe von 10 %

als angemessen . Es ist demnach

von einem mutmasslichen Invaliden einkommen von Fr. 38'533.60 (Fr. 42'815.15 x 0,9) auszugehen. 4.4

Bei einem Va lideneinkommen von Fr. 62'051.35

und einem Invalideneinkommen

von Fr. 38'533.60

resultiert eine E rwerbseinbusse von Fr. 23'517.75 und d amit ein Invaliditätsgrad von 38 % (Fr. 23'517.75 : Fr. 62'051.35). Der Beschwerdefüh rer hat deshalb

keinen Anspruch auf eine Invalidenrente . Seine Beschwerde ist abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichts kosten sind nach dem Ver fahrens aufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube - 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 Bundes gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstKreyenbühl RH/TK/MTversandt

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