

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00494 vom 25. April 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00494](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00494)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00494 du 25 avril 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00494 del 25 aprile 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid

dafür, es sei kein andauernder relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen, weshalb weder ein Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen noch auf eine Rente bestünde (Urk. 2).

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer führte in der Beschwerdeschrift aus, es sei unbestritten, dass die Diskushernien an der Hals- und der Lendenwirbelsäule bei einer ange passten, das heisse leichten und wechselbelastenden Tätigkeit, nicht zu einer längerfristigen Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit führen würden. Jedoch sei er aufgrund seiner psychischen Einschränkungen nur noch zu 50 % arbeitsfähig. Die beruflichen Massnahmen seien deshalb weiterzuführen und allenfalls sei auch eine Umschulung zu prüfen. Falls eine solche scheitern sollte, sei ihm eine halbe Rente zuzusprechen (Urk. 1). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob X.\_\_\_\_ am 27. Mai 2013 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihm berufliche Massnahmen zu gewähren. Eventualiter sei ihm eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2013 (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-87) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 25. Juli 2013 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde.

### **E. 2.1**

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

### **E. 2.2**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme

Schmerz störung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit

gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis

trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff. ).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Ins besondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5.

IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der EMRK kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

### **E. 2.3**

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 Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 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, gebe nenfalls 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.). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Der Beschwerdeführer nahm vom 6. Januar 2009 bis am 26. Februar 2009 an einem Ambulanten Interdisziplinären Schmerzprogramm des F.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, teil (Abschlussbericht vom 12. März 2009, Urk. 7/11/14-16).

Die behandelnden Fachpersonen diagnostizierten eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung,

eine leichte depressive Episode sowie ein

chronisches myofaszielles

panvertebrales Schmerzsyndrom mit degenerativen Veränderungen, wobei sie auf Röntgenbilder und MRI aus den Jahren 2006/2008 verwiesen, wo unter anderem Chondrosen, ein Spondylophyt, eine Diskusprotrusion und Diskushernien festgestellt worden waren. Im Übrigen führten sie als Diagnosen ein Status nach HWS-Distorsionsstrauma (anamnestisch) sowie ein leichtes Sulcus

ulnaris - Syndrom links unter Hinweis auf eine Abklärung im Jahr 2006 auf (Urk. 7/11/14). Sie empfahlen stützende Gespräche bei einem Psychotherapeuten sowie eine körperliche Rekonditionierung vor allem der Arme und des Schultergürtels in einem therapeutisch betreuten Trainingszentrum (Urk. 7/11/15).

Im April 2009 fand ausserdem noch eine psychiatrische Abklärung am F.\_\_\_\_, Psychiatrische Poliklinik, statt, wo ebenfalls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) diagnostiziert wurden (Bericht vom 6. April 2009, Urk. 7/11/12-13).

#### **E. 3.2**

Dr. Z.\_\_\_\_, seit Juli 2008 behandelnder Arzt des Beschwerdeführers, wies in seinem IV-Bericht vom 9. Juli 2010 (Urk. 7/11) auf die Abklärungen am F.\_\_\_\_ hin und hielt fest, seiner Meinung nach sei die Prognose für eine langfristige Reintegration in die Arbeitswelt schlecht, unter anderem sicher auch, weil der Beschwerdeführer einer psychiatrischen Behandlung eher ablehnend gegenüberstehe. Auffallend sei zudem, dass der Beschwerdeführer in Phasen von Arbeitsverhältnissen angeblich mehrere Stunden pro Woche unter körperlicher Vollbelastung problemlos im Fitnessstudio trainieren könne, bei Stellenwechsel jedoch die beschriebenen Schmerzsyndrome umso stärker und heftiger zu Tage träten (Urk. 7/11/3). Hinsichtlich Empfehlungen für zukünftige Therapien erklärte er, eine Abnahme der immer wieder auftretenden somatoformen

Schmerz störung und des depressiven Verhaltens sei seiner Meinung nach nur durch eine konsequente psychiatrisch geleitete Therapie möglich . Die Leis tungsfähigkeit sei aufgrund der somatoformen Schmerzstörung vermindert. Ausserdem hielt er fest, die degenerativen Veränderungen führten wiederholt zu Schmerzzuständen, wobei auffallend sei, dass es Phasen von vollkommener Schmerzfremheit gebe, die einhergehend mit intensiver körperlicher Tätigkeit im Fitnessstudio seien (Urk. 7/11/5) .

### **E. 3.3**

Dr. A.\_\_\_\_ , seit April 2009 behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers, stellte mit Bericht vom 30. August 2010 (Urk. 7/14) ebenfalls die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1 ; Urk. 7/14/1 ). Sie hielt dafür, der Beschwerdeführer sei momentan aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig, mit Psychotherapie und medikamentöser Therapie sei jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich (Urk. 7/14/5).

### **E. 3.4**

Dr. C.\_\_\_\_ , behandelnder Arzt seit Oktober 2011, führte in seinem Bericht vom 16. Mai 2012 (Urk. 7/61 /1-7 ) als Diagnosen eine Zervikobrachialgie mit Aus strahlung in den linken Arm, eine Diskushernie C6/7, eine Diskushernie lumbal sowie eine Depression auf. Hinsichtlich Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit hielt er fest, der Beschwerdeführer sei psychisch nicht belastbar, er könne nicht mit Stress, Hektik und Lärm umgehen, da es ihn nervös und wütend mache und er Ruhe brauche. Aufgrund der Rückenschmerzen brauche er häufige Pausen und verschiedenartige Tätigkeiten. Dr. C.\_\_\_\_ hielt dafür, es bestehe noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 7/61/4+6). Durch intensivierte Physiotherapie und psychologische Betreuung könnten die Einschränkungen der Arbeitsfähig keit jedoch vermindert werden (Urk. 7/61/4) . 3. 5

Die Gutachter in Dr. D.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer am 30. Juli 2012 und erstattete ihre psychiatrische Expertise am 31. Juli 2012 (Urk. 7/70).

Sie stellte die folgenden Diagnosen (Urk. 7/70/23-24): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - Akzentuierte histrionische , selbstunsichere und ängstlich-vermeidende sowie dependente Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z 73.1) - Anamnestisch Status nach Adoleszentenkrise sowie redizidivierenden depressiven Episoden in psychosozialen Belastungssituationen, gegen wärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Anamnestisch Störungen durch Alk ohol, Abhängigkeitssyndrom, exaz er bierend in Belastungssituationen/Beziehungskrisen, gegenwärtig absti nent, Vollremission (ICD-10 F10.202) - Cannabisabusus , ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.25) - Kokainabusus , sporadischer Substanzgebrauch (ICD-10 F14.26) - Nikotinabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25) .

Die Gutachterin führte aus, nach ein er Adoleszen ten krise sei die berufliche Ent wicklung des Beschwerdeführers bis ins Jahr 2007 soweit unauffällig gewesen, als er jeweils mehrere Jahre in diversen Bereichen zu 100 % tätig gewesen sei. Ein einmaliger Unterbruch der Berufskarriere in den Jahren 2001

-

2004 habe offen bar im Zusammenhang mit einer Alkoholabhängigkeitsphase mit reaktiver Depressivität aufgrund des Auflösens der damaligen Partnerschaft gestanden. Hiervon habe sich der Beschwerdeführer erholt, ohne eine Therapie zu bean spruchen. Im Übrigen seien

in der Beziehungsanamnese keine eigentlichen Hinweise auf wiederkehrende pathologische Bindungsmuster eruierbar. Auch wenn Verlassenheitsängste und eine Tendenz zur Abhängigkeit vom Partner sicherlich vorliegen würden, entsprächen sie aber keineswegs den Kriterien einer eigentlichen dependenten Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/70/20).

Ab 2007 sei es sodann zunehmend zu Schmerzen gekommen, die zum Teil in Zusammenhang mit degenerativen Veränderungen (Diskushernien und Protrusionen) der Cervikal- und Lumbalwirbelsäule hätten gebracht werden können, nach Einschätzung der involvierten somatischen Fachärzte aber offenbar doch ungenügend korreliert hätten, so dass erstmals im Jahr 2009 am F. \_\_\_ die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt worden sei. Damals seien auch Zeichen einer leichten depressiven Störung, zum Teil auch wieder im Zusammenhang mit der psychosozialen Belastung der damaligen

Stellenlosigkeit, festgestellt worden. Die Gutachterin hielt dafür, eigentliche depressive Episoden könnten ihrer Ansicht nach für die vergangenen fünf Jahre, bis auf die erwähnte Adoleszentenkrise und die längere depressive Erkrankung nach Partnerverlust in den Jahren 2001 – 2004, nicht eindeutig abgegrenzt werden. Vielmehr bestünden anamnestisch vor allem Hinweise auf eine

Dysthymia, mit flüchtigen depressiven Stimmungsschwankungen, die in Reaktion auf psychosoziale Belastungssituationen, Stellenverlust, Partnerschaftskrisen sowie im Zusammenhang mit den erlebten Schmerzen bestünden

(Urk. 7/70/21).

Die Gutachterin hielt fest, anlässlich der Untersuchung sei der Versicherte euthym gewesen und habe über das ganze affektive Spektrum verfügt. Eine aktuelle klinische Depression sei auch psychometrisch durch den gegenwärtig tiefen Score auf der Hamilton- und MADRS-Depressionsskala widerlegt. Die Dysthymia habe sodann als überdauernde neurotische Depressionsvariante keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es läge jedoch eine somatoforme

Schmerzstörung vor. Die Schmerzen könnten offenbar aus somatischer Sicht nicht abschliessend ätiologisch eingeordnet werden. Das subjektive Erleben einer ungenügend befriedigenden Balance zwischen verschiedenen Lebensbereichen, insbesondere im beruflichen Leben des Beschwerdeführers, mit dem heute bitter vorgebrachten Selbstvorwurf, seine früheren intellektuellen Begabungen nicht genügend umgesetzt zu haben (abgebrochene Kantonsschule) und wohl auch die Sorgen um die psychisch angeschlagenen Brüder sowie die Mutter seien schwer genug, um als Einfluss für das Entstehen der somatoformen Schmerzstörung angenommen zu werden (Urk. 7/70/22). Es liege jedoch weder eine gegenwärtige beziehungsweise überdauernde erhebliche psychische Komorbidität, noch eine chronische körperliche Begleiterkrankung vor. Ein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen sei sodann auch nicht festzustellen - der Beschwerdeführer pflege sein soziales Netzwerk - und

es sei auch kein primärer Krankheitsgewinn vorhanden. Die Gutachterin wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass lediglich ein niedrig dosiertes schmerzdistanzierendes Antidepressivum eingesetzt werde, ansonsten jedoch keine Schmerzmedikation erfolge, bis anhin drei Infiltrationen bei C7 gemacht worden seien und gegenwärtig lediglich eine stützende Gesprächstherapie bei einem Psychologen stattfinde (Urk. 7/70/23).

Die Gutachterin hielt fest, eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise ein andauernder arbeitsmedizinisch relevanter Gesundheitsschaden sei bei diesen Diagnosen aus psychiatrischer Sicht nicht gegeben (Urk. 7/70/24). Es lägen keinerlei aktuelle Störungen vor, die eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Bürobereich, Telefondienstleistungsbereich) begründen könnten. Auch die leichte depressive Episode, die im Jahr 2009 beschrieben worden sei, könne nicht zu einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit führen und sei die somatoforme Schmerzstörung mangels erfüllter Foerster Kriterien invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (Urk. 7/70/25).

Stellungnehmend zu den sich in den Akten befindenden Arztberichten führte die Gutachterin aus, aus psychiatrischer Sicht würden keine relevanten diagnostischen Diskrepanzen mit den von den Ärzten des F.\_\_\_\_ im Jahr 2009 gestellten Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der damals leichten depressiven Episode, die in Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren gebracht worden seien, vorliegen. Auch Dr. A.\_\_\_\_, die den Beschwerdeführer in den Jahren 2010/2011 behandelt habe, halte diese Diagnosen fest, attestiere jedoch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die Diskrepanz zu ihrer eigenen Einschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei wahrscheinlich dadurch begründet, dass Dr. A.\_\_\_\_ die Überwindbarkeitskriterien nicht geprüft habe. Im Übrigen überzeuge ihre Annahme einer bis zu mittelgradigen depressiven Episode im Juli 2010 nicht; diese Diagnose werde auch nicht mit einem entsprechenden Psychostatus untermauert (Urk. 7/70/26). 4. 4.1

Entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 4) vermag das von Dr. D.\_\_\_\_ erstattete Gutachten die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen (E. 2.3) vollumfänglich zu erfüllen. Die Gutachterin tätigte eigene, umfassende Abklärungen, berücksichtigte die beklagten Beschwerden und begründete ihre Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. 4.2

Wenn der Beschwerdeführer vorbringt, die Gutachterin habe zu Unrecht eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, da

somatische Diagnosen vorhanden seien, welche diese Diagnose ausschliessen würden (Urk. 1 S. 4), ist darauf hinzuweisen, dass bereits die behandelnden Ärzte des F.\_\_\_\_ sowie auch die Dr. Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_

zum Schluss kamen, es liege beim Beschwerdeführer eine somatoforme Schmerzstörung vor (E. 3.1-3). Eine solche Diagnose kann denn auch gestellt werden, wenn körperliche Störungen vorliegen, jedoch durch diese nicht vollständig erklärt werden können (Dilling / Mombour / Schmidt, Hrsg., Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 9. Aufl., Bern 2014, S. 233).

Selbst wenn aber der in der Beschwerdeschrift geltend gemachte Auffassung gefolgt und die Schmerzen

als ausschliesslich organisch begründet erachtet würden, änderte sich am Ausgang des Verfahrens nichts. In der Beschwerdeschrift hält der Beschwerdeführer selber dafür, die somatischen Diagnosen seien bei einer angepassten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit, ohne längerfristige Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 3). Der angestammte Tätigkeitsbereich des Beschwerdeführers als Sachbearbeiter mit

Fähigkeitsausweis für kaufmännische Angestellte (Urk. 7/18/13) enthält eine grosse Palette an leichten und wechselbelastenden Tätigkeiten. Dass der Beschwerdeführer sich auch selber eine solche Tätigkeit zutraut, ergibt sich aus seinen anlässlich der Begutachtung gemachten Ausführungen, wo er erklärte, sein Problem sei vor allem, dass er keine gute Ausbildung habe, eine solche bei Büro stellen jedoch benötigt würde. Er würde ansonsten sehr gerne mit Leuten zusammenarbeiten, er

müsse dabei aber vermeiden, den ganzen Tag sitzen zu

musen. Er stelle sich eine Tätigkeit im Backoffice, am Empfang, oder im Sekretariat vor (Urk. 7/70/17). Sodann hielt auch Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst, am 18. März 2013 stellungnehmend zu den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingebrachten Vorwänden (Urk. 7/80) sowie dem eingereichten Bericht des E.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2012 (Urk. 781/2-3) dafür, die Einschränkungen an der Wirbelsäule würden aufgrund der klinischen und versicherungsmedizinischen Erfahrung keine Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit mit entsprechendem Belastungsprofil, wie zum Beispiel für eine Bürotätigkeit, begründen (Urk. 7/85/2). Eine dauerhafte relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht für den angestammten Tätigkeitsbereich lässt sich mithin nicht begründen. 4.3 4.3.1

Der Beschwerdeführer wandte sodann ein, es müsse der Einschätzung der Fachleute des B.\_\_\_\_ sowie der behandelnden Ärzte gefolgt werden, die zum Schluss gekommen seien, dass er aufgrund seiner psychischen Einschränkungen nicht mehr als zu 50 % arbeiten könne; die mehr monatige berufliche Abklärung sei aussagekräftiger als eine einmalige Untersuchung durch die Gutachterin (Urk. 1 S. 3). Die Gutachterin habe sich im Übrigen auch nicht mit den Ergebnissen der beruflichen Abklärung auseinandergesetzt, weshalb die Expertise nicht voll ständig sei (Urk. 1 S. 4). 4.3.2

Was die Einschätzungen von den zuständigen Personen beim B.\_\_\_\_ betrifft (Urk. 7/60, Urk. 7/48), so basieren diese nicht auf medizinischen Befunden

und lassen insbesondere unberücksichtigt, dass aus fachärztlicher Sicht weder eine relevante psychiatrische Komorbidität noch eine nicht überwindbare Schmerzproblematik bestätigt werden können (E. 3.5). Fehlt es mithin aus objektiver Sicht an nicht überwindbaren gesundheitlichen Einschränkungen (E. 2.1), so kann nicht auf die anlässlich des genannten Arbeitstrainings demonstrierte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers abgestellt werden.

#### 4.3.3

Wenn Dr. A.\_\_\_\_ sodann eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gestützt auf die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung sowie einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode attestiert (E. 3.3), so ist mit der Gutachterin davon auszugehen, dass diese Diskrepanz bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einerseits dadurch begründet ist, dass Dr. A.\_\_\_\_

die Überwindbarkeitskriterien nicht geprüft hat. Die Gutachterin kam nämlich - mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung (E. 2.2) - zu Recht zum Schluss, dass die Folgen der somatoformen Schmerzstörung vorliegend zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Bei der von Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierten leichten bis mittelgradigen depressiven Episode handelt es sich ausserdem

definitionen gemäss um ein vorübergehendes Leiden, indem solche Episoden im Mittel etwa sechs Monate, selten länger als ein Jahr dauern, weshalb ein solches Leiden von vorn herein nicht geeignet ist, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen. Länger dauernde Störungen sind unter F33 (rezidivierende depressive Störung) oder F34 (anhaltende affektive Störung) zu subsumieren (Urteil des Bundesgerichts I 510/06 vom 26. Januar 2007, E. 6.3, mit Hinweis auf Dil ling / Mom bour /Schmidt, Hrsg., Internationale

Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, 7. Aufl., Bern 2010, S. 149 ff.; Urteil 8C\_80/2011 vom 14. Juni 2011, E. 6.3.2). Dass die Gutachterin im Gegensatz zu Dr. A. \_\_\_ im Übrigen keine depressive Störung diagnostizierte, gibt mit Blick auf die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zu seiner Freizeitgestaltung und die von ihr erhobenen Befunde zu keinerlei Beanstandungen Anlass. So gab der Beschwerdeführer an,

er benütze oft den Computer, lese Nachrichten und chatte mit Kollegen, am Nachmittag erledige er mit seinem Lebenspartner Einkäufe, abends gehe er ins Fitnesscenter, auch weil er soziale Kontakte brauche, Nachtessen koche er abwechselnd mit seinem Lebenspartner, am Sonntag besuche er seine Eltern, wenn er nicht zu viele Schmerzen habe;

sodann gab er an, gerne auf der Terrasse in der Sonne zu liegen und im August mit seinem Partner nach Südtirol

zu fahren, wobei die Fahrt mit dem Auto

zwei Tage dauere und man sich am Steuer abwechseln werde (Urk. 7/70/12-13). 4.3.4

Was schliesslich die Einschätzungen von Dr. Z. \_\_\_ und Dr. C. \_\_\_ betrifft (E. 3.2, 3.4), so handelt es sich bei ihnen um Allgemeinmediziner (vgl. Sachverhalt E. 1.1-2), weshalb auf ihre mit psychischen Beschwerden begründeten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit von vorneherein nicht abgestellt werden kann. 4.4

Hinsichtlich des Einwandes des Beschwerdeführers, von seinem aktuell behandelnden Therapeuten habe die IV-Stelle keinen Bericht eingeholt, weshalb die Aktenlage nicht vollständig sei und es somit auch aus dieser Sicht dem Gutachten an Beweiswert mangle (Urk. 1 S. 4), ist darauf hinzuweisen, dass

nachdem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens geltend gemacht worden war, es fehle ein Bericht des aktuell behandelnden Psychiaters (Urk. 7/80/2) und die Beschwerdegegnerin beim Beschwerdeführer dies bezüglich um ergänzende Angaben ersucht hatte

der Beschwerdeführer mitteilte, die Behandlung sei bereits wieder beendet, da es nichts gebracht habe; er sei seither in keiner Behandlung mehr. Für ihn stünden klar die Rückenbeschwerden im Vordergrund (Urk. 7/83).

Sein Vorbringen die Aktenlage sei nicht vollständig und das Gutachten deshalb nicht beweistauglich, zielt mithin ins Leere. 4.5

Zusammenfassend ergeben sich damit keine Hinweise, welche das Gutachten von Dr. D. \_\_\_ zu erschüttern vermögen, weshalb darauf abzustellen ist, dass der Beschwerdeführer in bisheriger Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Dies führt zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - 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 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, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel 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  
Hurst  
F. Brühwiler

## **E. 8**

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

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