

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00058 vom 5. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00058

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00058 du 5 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00058 del 5 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

= Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 1.3

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

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzu stellen 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 Vor liegen einander widersprechender medizinischer Be richte den Prozess nicht erle digen, ohne das gesamte Beweisma terial zu würdigen und die Gründe anzu geben, 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 ent scheidend, ob es für die Beant wortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchun gen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinander setzt was vor allem bei psychischen Fehlent wicklungen nö tig ist , in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinander setzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein leuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Exper ten in

einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszu räumende 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.).

E. 1.5

Was Parteigutachten an belangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, keine Zweifel an ihrem Beweiswert. Auch Parteigutachten enthalten Äusserungen eines Sachverständigen, die zur Feststellung eines medizinischen Sachverhaltes beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass eine solche Expertise den gleichen Rang besitzt wie ein vom Gericht oder von der Verwaltung im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingeholtes Gutachten. Trotz dieser beschränkten Bedeutung verpflichtet es, wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen eine solche Expertise, das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob das Parteigutachten in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/ dd und c sowie Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 750/05 vom 7. April 2006 E. 1.3). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 15. Januar 2014 Beschwerde und beantragte, es sei ihm ab April 2008 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen und die IV-Stelle sei zu verpflichten, die Kosten für das Gutachten von Dr. Z.____ in der Höhe von Fr. 4'020.-- zu übernehmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 5. März 2014 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Am 10. März 2014 wurde dem Beschwerdeführer das Doppel der Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 10).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Rentenablehnung – unter Hinweis auf das Y.____-Gutachten vom 18. Juni 2012 (Urk. 9/85) und die Ergänzungen vom 24. Dezember 2012 (Urk. 9/97) und 12. Juni 2013 (Urk. 9/106)

–

damit, aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Ausübung einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Mit einer solchen Tätigkeit könne er unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % ein Invalideneinkommen von Fr. 51'269.60 erzielen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 77'337.35 resultiere ein Invaliditätsgrad von 34 %, weshalb kein Anspruch auf eine Rente bestehe. Die Y.____-Experten würden zu der im Gutachten von Dr. Z.____ geäußerten Kritik ausreichend Stellung nehmen. Die Gutachter des Y.____ seien aufgrund ihrer spezifischen Ausbildung und Erfahrung in der Lage, innert relativ kurzer Zeit ein Bild vom Gesundheitszustand der zu untersuchenden Person zu machen. Die Begutachtungsdauer sei

daher nicht zu bemängeln. Hinsichtlich Tiefe und Dauer der Begutachtung sei damit von einer genügenden Abklärung auszugehen, weshalb die Kosten des Privatgutachtens nicht übernommen würden (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die psychiatrische Untersuchung im Y.____ habe nur zehn Minuten gedauert und es sei keine Fremdanamnese bei seinen Angehörigen eingeholt worden. Es liege deshalb kein taugliches Gutachten vor, was auch daraus zu schliessen sei, dass Dr. Z.____ – im Gegensatz zu den Y.____ -Experten – drei psychiatrische Diagnosen mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit feststellen konnte. Aus diesem Grund müsse – sofern auf der Basis des Gutachtens von Dr. Z.____ kein Urteil gefällt werden könne – ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt werden. Da die Expertise von Dr. Z.____ massgebend für die Beurteilung der Streitfrage sei, seien die Kosten dafür von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen (Urk. 1 S. 4 ff.). 3.

E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Die im Zeitpunkt des Urteils vom 31. Mai 2011 vorliegenden Arztberichte wurden dort zusammengefasst wie folgt dargestellt (Urk. 9/60 E. 3):

E. 3.2

Der Beschwerdeführer wurde im Anschluss an den Unfall vom 17. April 2007 in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des B.____ behandelt, wo er bei den Diagnosen einer Kompressionsfraktur des LWK 1 mit Ausläufer in die Hinterkante bis zum 24. April 2007 hospitalisiert blieb (Urk. 9 /12/372). Eine Nativ-Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 19. Juli 2007 bestätigte die zeitlich nicht lange zurückliegende Deckplattenimpressionsfraktur LWK 1 mit noch aktivem Knochenumbau und zeigte eine kleine rechtsseitige extraforaminale Bandscheibenhernie L1/2; eine die linksseitige Symptomatik erklärende Läsion fand sich nicht (Urk. 9 /12/322). Am 28. August 2007 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, konsiliarisch untersucht. Dieser stellte am 29. August 2007 die Diagnose eines residuellen Lumbovertebralsyndroms nach LWK1-Fraktur am 17. April 2007 (Urk.

E. 3.3

Am 14. Februar 2008 fand eine weitere kreisärztliche Untersuchung statt. Dem diesbezüglichen Bericht von Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, vom gleichen Tag ist zu entnehmen, dass auf der am 6. September 2007 angefertigten Röntgenaufnahme der LWS eine keilförmige Deformierung des 1. LWK mit einem Kyphosewinkel von 24° erkennbar sei. Die am 20. November 2007 in der F.____ angefertigten Funktionsaufnahmen der LWS lägen zwar nicht vor, dem Befundbericht zufolge bestünden jedoch keine Anhaltspunkte für Instabilität (Urk.

E. 3.4

Am 5. März 2008 wurde der Beschwerdeführer im H.____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, Neurologische Poliklinik, Psychiatrische Poliklinik, untersucht. Laut gleichentags verfasstem Bericht sollen bei einem blanden neuro-otologischen Status sowie blanden apparativen Vestibularisprüfungen keine Hinweise für eine zentrale oder peripher-vestibuläre Störung vorgelegen haben. Aufgrund der Anamnese und der klinischen Befunde interpretierten die verantwortlichen Ärzte den vom Beschwerdeführer beklagten Schwindel als einen orthostatischen Schwindel im Rahmen von Kreislaufregulierungsstörungen. Betreffend die geschilderten Kopfschmerzen besteht der Verdacht auf eine posttraumatische Migräne (drückende Kopfschmerzen mit Lichtempfindlichkeit, Rückzugstendenz und vegetativer Symptomatik;

[Urk. 9/12/172-174 S. 3]).

E. 3.5

Der Hausarzt Dr. E.____ diagnostizierte mit Bericht vom 17. November 2008 an die IV-Stelle ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach LWK1-Kompressionsfraktur am 17. April 2007, konservativ behandelt mit persistierenden Schmerzen im Bereich der ehemaligen Frakturzonen, sodann klinisch eine Dekonditionierung und eine lumbale Haltungsinsuffizienz, und darüber hinaus eine muskuläre Dysbalance, eine Adipositas I. Grades sowie eventuell ein somatogenes Schmerzsyndrom. Trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlung und medikamentöser Therapie würden die Schmerzen des Patienten persistieren. Entsprechend fühle sich dieser ausser Stande, die verschiedentlich postulierte 100%ige Arbeitstätigkeit aufzunehmen. Eine bereits sehr frühzeitig vorgeschlagene und eingeleitete psychotherapeutische Behandlung habe der Beschwerdeführer ausgeschlagen, da dieser seine Schmerzen nicht als psychogen taxiere. Aktuell finde eine schmerztherapeutische Behandlung am H.____ statt. Betreffend die Arbeitsfähigkeit seien keine sicheren Angaben möglich (Urk. 9/17/2-5 S. 1 f.). Am 1. Dezember 2008 führte Dr. E.____ ergänzend an, anlässlich der letzten Untersuchung vor drei Tagen habe ihm der Patient glaubwürdig dargelegt, dass er angesichts seiner Beschwerden nicht mehr arbeiten könne; er sehe keine therapeutischen Möglichkeiten mehr, welche dem Patienten in irgendwelcher Form weiterhelfen könnten (Urk. 9/18).

E. 3.6

Das Schmerzzambulatorium am I.____ des H.____ erläuterte der IV-Stelle am 12. Dezember 2008, der Beschwerdeführer habe lediglich drei Schmerzbehandlungen absolviert, weitere seien nicht vorgesehen. Zur Arbeitsfähigkeit des Patienten könne man nicht Stellung beziehen (Urk.

E. 3.7

Dem ärztlichen Zeugnis von Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 7. August 2009 sind die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Syndroms (bei Status nach LWK - 1-Kompressionsfraktur April 2007, medianer Diskushernie L3/4, Protrusion L4/5, Spondylarthrose L4/S1, insbesondere L5/S1) sowie einer Femoropatellararthrose beidseits und einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entnehmen. Es handle sich um chronifizierte Rückenschmerzen nach LWK 1-Kompressionsfraktur mit verzögerter Heilung, wobei ein MRI vom Februar 2009 immer noch ein Spongioseödem im LWK1 als Ausdruck einer noch nicht vollständig ossär konsolidierten Fraktur zeige. Nach

erneutem MRI der LWS vom 29. Juli 2009 sei davon auszugehen, dass die Fraktur vollständig ossär konsolidiert sei. Es bestehe allerdings ein Keilwirbel LWK 1, der sicherlich zur konsolidativen Überbelastung der distalen Segmente führe. Die ausgeprägten degenerativen Veränderungen der LWS seien unfallfremd, bestünden praktisch an allen lumbalen Segmenten mit diskreten Osteochondrosen und nach distal zunehmenden Spondylarthrosen. Der Patient sei bis zum Unfallereignis bezüglich Rückenschmerzen beschwerdefrei gewesen. Gegenüber dem MRI-Befund vom Februar 2009 sei neu eine Diskushernie L3/4 aufgetreten und die Protrusion L4/5 bestehe unverändert; beide führten jedoch radiologisch wie auch neurologisch zu keiner Nervenwurzelkompression. Der Patient klagt über belastungsabhängige Schmerzen im Lendenbereich mit Ausstrahlung ins linke Bein bis zur Grosszehe, verbunden mit Dysästhesien, die am ehesten auf die sehr fortgeschrittenen Spondylarthrosen L5/S1 beidseits zurückzuführen seien. Zurzeit bestünden keine Hinweise auf eine neurogene Beteiligung und zwar weder infolge der Diskushernie noch der Protrusion. Der Beschwerdeführer beziehe zu 70 % eine Arbeitslosenentschädigung bei einer Rente der SUVA von 30 %. Die Arbeitsfähigkeit für ausschliesslich rückenadaptierte Tätigkeiten betrage 60 % bei halber Berentung (Urk. 9/53/14-15). 4. 4.1

In Umsetzung des Urteils des hiesigen Gerichts vom 31. Mai 2011 veranlasste die Beschwerdegegnerin die Begutachtung des Beschwerdeführers durch das Y.____ (Urk. 9/82). Gestützt auf die Ergebnisse der internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchung stellten die Gutachter in ihrer Expertise vom 18. Juni 2012 (Urk. 9/85) folgende, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (S. 21): 1. Chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.6/M54.5/T91.1) - Status nach LWK-1-Kompressionsfraktur am 17. April 2007 im Rahmen eines Arbeitsunfalls - radiologisch Keilwirbelbildung LWK 1 ohne Hinweis für Instabilität, Neurokompression oder höhergradige Degeneration (Röntgen 20. November 2007, MRI 4. Februar 2009 und CT 29. Juli 2009) 2. Verdacht auf degenerative Veränderungen femoropatellär beidseits (ICD-10 M17.0) - reizlose, symptommetrisch freie bewegliche Kniegelenke ohne Hinweise für eine Meniskusläsion 3. Orthostatische Kreislaufbeschwerden (ICD-10 I95.1)

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie folgende Diagnosen (S. 21): 1. Metabolisches Syndrom - hochgradiger Verdacht auf Diabetes mellitus Typ II bei HbA1c von aktuell 7.7 % (ICD-10 E11.9) - Dyslipidämie, unbehandelt (ICD-10 E78.2) - Adipositas (BMI 30 kg/m², ICD-10 E66.0) - Verdacht auf arterielle Hypertonie 2. Fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1)

Die internistische Untersuchung habe – so PD Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin – das Bild eines 63-jährigen Versicherten in ordentlichem Allgemeinzustand ergeben. Herzauskultation und -palpation seien unauffällig und es liege eine normale Atemfrequenz vor. Motorische Defizite seien keine zu beobachten (S. 10 f.). Aus internistischer Sicht würden die leichte Adipositas und der Diabetes mellitus Typ II zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Im Orthostaseversuch habe ein grenzwertiger Blutdruckabfall systolisch von 170 auf 150 mmHg festgestellt werden können, was möglicherweise die Beschwerden des Versicherten beim Aufstehen mit Verspüren von ungerichteten Schwindel und Falltendenz nach vorne zu erklären vermöge. Aufgrund dessen sollte der Beschwerdeführer keine sturzgefährdenden Tätigkeiten ausüben (S. 22).

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, berichtete in seinem orthopädischen Fachgutachten, der Beschwerdeführer bitte darum, anlässlich der Untersuchung stehen zu dürfen, und verharre die längste Zeit in dieser Position. Er erhebe sich in schwerfälliger, demonstrativ wirkender Art vom Stuhl, wobei er – wie auch im Stehen und Gehen – immer wieder die Zähne zusammenbeisse. Das Entkleiden in ausschliesslicher stehender Position gelinge flüssig, jedoch mit schmerzverzerrtem Gesichtsausdruck. Auch das Ankleiden im Stehen gelinge ohne sichtbare Einschränkung. Beim Verlassen des Instituts könne der Beschwerdeführer dabei beobachtet werden, wie er flüssig und durchaus zügig im Wechselschritt treppab gehe (S. 15 f.). Die vom Beschwerdeführer beklagten, sehr diffusen Beschwerden – so der orthopädische Gutachter weiter – würden sich nicht durch die klinischen und radiologischen Befunde begründen lassen. Nachvollziehbar seien die Restbeschwerden nach LWK - 1-Fraktion, jedoch nicht die grossflächig angegebenen thorakolumbalen und in der Beckenregion vorkommenden Beschwerden mit Ausstrahlung bis in die Grosszehe. Die deutlichen Inkonsistenzen, das offensichtlich weitgehend fehlende Ansprechen auf immer wieder durchgeführte konservative Therapiemassnahmen sowie die langdauernde körperliche Schonung könnten als Hinweis für eine massive nicht-organische Beschwerdekomponekte angesehen werden. Zudem komme nicht klar zum Ausdruck, wie gross der Leidensdruck durch die somatischen Beschwerden effektiv sei. Am Ende der ausführlichen Untersuchung habe der Beschwerdeführer zumindest über keinen besonderen Schmerzzuwachs geklagt. Aus orthopädischer Sicht bestehe für die angestammte wie auch für jede körperlich schwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 Kilogramm sowie ohne häufiges Bücken und Überwinden von Treppen und Leitern bei Vermeidung von knienden und hockenden Positionen sei eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 18 f.).

Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer einen wachen und aktiven Eindruck machte. Seine Stimmung sei ausgeglichen gewesen und er habe sich besonders über das Verhalten seines ehemaligen Vorgesetzten beklagt. Er habe schnell und viel gesprochen. Der Antrieb sei unauffällig gewesen. Er habe einen guten affektiven Kontakt zum Gutachter und zur Dolmetscherin aufgenommen und sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Während der ganzen Untersuchung habe der Beschwerdeführer nie ein Zeichen von Konzentrationschwäche gezeigt. Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien zudem intakt gewesen. Er habe über keine Ängste oder Phobien berichtet (S. 12 f.). Dr. A.____ führte weiter aus, der Beschwerdeführer habe einzig während seines Aufenthalts in der F.____ ein Gespräch mit einem Psychologen gehabt. Ansonsten habe keine psychiatrische oder psychopharmakologische Behandlung stattgefunden. Der Versicherte gestalte seinen Tag aktiv und unternehme zahlreiche Spaziergänge oder treffe sich mit Kollegen in Restaurants. Er mache einen energischen Eindruck und zeige eine lebhaftere Mimik und Gestik. Eine psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 13).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die beteiligten Spezialärzte zusammenfassend aus, aus interdisziplinärer Sicht sei dem Beschwerdeführer die Ausübung einer körperlich schweren Tätigkeit nicht zumutbar. Für behinderungsangepasste, körperlich leichte bis

mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 22). 4.2

Nachdem der Beschwerdeführer Einwand erhoben und im Wesentlichen eine bloss zehn Minuten dauernde

psychiatrische Begutachtung und die fehlende Einholung fremdanamnestischer Auskünfte gerügt hatte (Urk. 9/92 und Urk. 9/95), führten die Y.____ -Gutachter hierzu in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 24. Dezember 2012 aus, es habe eine eingehende psychiatrische Untersuchung stattgefunden. Es seien eine ausführliche Anamnese wie auch ein differenzierter psychopathologischer Befund erhoben und der Tagesablauf sei mit dem Beschwerdeführer besprochen worden. Der psychiatrische Untersucher müsste daher über hellseherische Fähigkeiten verfügen, sofern er innerhalb von zehn Minuten einen Psychostatus und eine ausführliche Anamnese erheben könnte. Es seien zudem keine Hinweise ersichtlich gewesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer psychiatrischen Störung nicht in der Lage gewesen sei, sich detailliert über sich und seinen Lebensvollzug zu äussern respektive klare Angaben zu seinem Leben zu machen. Die Erhebung einer Fremdanamnese sei daher nicht erforderlich gewesen (Urk. 9/97). 4.3

Dr. med. Z.____

stellte in seinem versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 14. März 2013 (Urk. 9/103) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 19): 1. Mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1) - Beginn wahrscheinlich erst nach Mai 2012 (Y.____ -Gutachten) 2. Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - nach subjektiv lebensgefährlichem Arbeitsunfall am 17. April 2007 - noch leichtgradig ausgeprägt 3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen - Faktoren (ICD-10 F45.41), seit 2007 - mit Dauerschmerzen im LWS-/Sakralbereich von NRS (numerische Rating-Skala) 3 bis NRS 10, meist bei NRS 4-5

Dr. Z.____ führte aus, der Beschwerdeführer wechsele alle zehn Minuten von einer sitzenden in eine stehende Position. Er mache dies unauffällig und ohne demonstratives Gebaren und reagiere abwehrend auf das Angebot, einen bequemeren Stuhl aufzustellen. Er sei bewusstseinsklar und voll orientiert. Klinisch seien keine alltagsrelevanten Störungen der Konzentration feststellbar und das Gedächtnis sei fassbar. Der Beschwerdeführer wirke besonnen und etwas langsam. Krankhafte Auffälligkeiten seien im formalen Denken nicht ersichtlich. Er scheine bedrückt und in der Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Es sei auch durch Fragen nach den Enkeln keine Freude aktivierbar. Im Verlauf des Gesprächs wirke er zunehmend gereizt und unruhig. In der Schilderung seines Unfalls sei er emotional stark berührt, was zu einer posttraumatischen Belastungsstörung passe (S. 12 f.). Dr. Z.____ berichtete weiter, beim Beschwerdeführer würde die Arbeitsfähigkeit durch die bewegungsabhängigen Schmerzen und die mittelschwere Depression gleichermaßen eingeschränkt. Die Schmerzen würden das Aktivitätsniveau im Alltag erheblich einschränken. Die Depression beeinträchtige Antrieb, Motivation und Willenskraft. Dazu würden die indirekten Auswirkungen der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung treten. Angst und Depression hätten eine schwächende Wirkung auf die zur willentlichen Schmerzüberwindung nötigen Willenskräfte. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Die Anwesenheit auf einer Baustelle würde die Aktivierung der traumatischen Erfahrung bewirken, mit der der Beschwerdeführer nicht umgehen könne. Die Ausübung einer körperlich einfachen, wechselbelastenden Tätigkeit im Büro sei dem Beschwerdeführer hingegen während drei Stunden täglich möglich (S. 21

f.). 4.4

Zum Gutachten von Dr. Z.____ äusserten sich die Y.____ -Experten am 12. Juni 2013. Sie führten aus, sie hätten die von Dr. Z.____

getroffenen Feststellungen nicht erheben können. Während der Beschwerdeführer über den Unfall gesprochen habe, sei er ruhig geblieben, habe nicht gezittert und von keinen Ängsten berichtet. Er habe zudem nicht von angstbesetzten Träumen oder von Flashbacks erzählt. Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung seien daher keine ersichtlich gewesen. Der Beschwerdeführer pflege gute soziale Kontakte, freue sich am Zusammensein mit seinen Enkelkindern und sei in der Lage, Auto zu fahren. Diese Lebensgestaltung sei auch nicht mit einer mittelgradigen depressiven Störung vereinbar (Urk. 9/106 S. 2).

Es sei schon möglich, dass die geklagten Schmerzen psychisch leichtgradig überlagert seien. Diese Überlagerung sei jedoch geringgradig ausgeprägt, da sich der Beschwerdeführer trotz seiner Schmerzen in der Lage sehe, einer voll zeitlichen adaptierten Tätigkeit nachzugehen. Auch eine möglicherweise bestehende somatoforme Schmerzstörung habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da keine psychiatrische Komorbidität, kein sozialer Rückzug und keine Hinweise auf innerseelische Konflikte vorliegen würden. Sie würden daher auch vor dem Hintergrund des Gutachtens von Dr. Z.____ an ihren in der Expertise vom 18. Juni 2012 gezogenen Schlussfolgerungen festhalten (Urk. 9/106 S. 3). 5.

5.1

Nach Lage der medizinischen Akten ist erstellt und unbestritten, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer körperlich schweren Arbeit

wie der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer

- nicht mehr arbeitsfähig ist. Ausgewiesen und vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten ist sodann, dass ihm aus rein somatischen Gründen eine behinderungsangepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist (vgl. E. 5.3 nach folgend sowie Urk. 9/60 S. 8 und Urk. 9/85 S. 22).

Zu prüfen bleibt damit, ob der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. 5.2

Dem Y.____ -Gutachten (Expertise vom 18. Juni 2012 [Urk. 9/85]) kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer aus psychischer Sicht unter keiner Erkrankung leidet (S. 13 und S. 21). Demgegenüber diagnostizierte Dr.

Z.____ im Gutachten vom 14. März 2013 (Urk. 9/103) eine mittelschwere Depression (ICD-10 F32.1), eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 19). Dr. Z.____ hielt den Beschwerdeführer einzig in einer körperlichen leichten, wechselbelastenden Tätigkeit für drei Stunden täglich arbeitsfähig (S. 22). 5.3

Das auf einlässlichen internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhende, die medizinischen Vorakten sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende Gutachten des Y.____ vom 18. Juni 2012 (Urk.

9/85) samt den in Auseinandersetzung mit dem Privatgutachten von Dr. Z.____

erfolgten eingehenden Ergänzungen vom 24. Dezember 2012 (Urk. 9/97) und 12.

Juni 2013 (Urk. 9/106) entspricht den rechtsprechungs gemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 4

hievor). Nach einleuchtender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge gelangten die Experten zur begründeten Schlussfolgerung, dass dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht mangels psychopathologischer Symptome die bisherige Arbeit zu 100 % zuzumuten sei und aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe . 5.4

Was das Vorbringen des Beschwerdeführers, die Begutachtung habe lediglich zehn Minuten gedauert (Urk. 1 S. 4), betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass praxisgemäss nicht die Dauer einer Exploration, sondern der Inhalt des Gutachtens massgebend ist. Ein genereller Zeitrahmen für die durchgeführte psychiatrische Untersuchung lässt sich somit nicht allgemein gültig definieren. Der zu betreibende Zeitaufwand muss jedoch der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Für die Annahme, dass dies nicht zutreffen soll, liegen keine Anhaltspunkte vor, zumal der Gutachter wesentliche unbestrittene Angaben (etwa betreffend Biographie, Familien- und Berufsanamnese) den Vorakten entnehmen konnte und keine Hinweise dafür bestehen, dass er bei der Exploration nicht fachgerecht oder ausreichend gründlich vorgegangen ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_811/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.2.1 und 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1 je mit weiteren Hinweisen). Gegen die Angabe des Beschwerdeführers, die Exploration habe lediglich zehn Minuten gedauert, spricht ausserdem die umfassende Darstellung der Anamnese sowie die adäquate psychopathologische Befundbeschreibung .

Was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, kommt dem Gutachter recht sprechungsgemäss ein weiteres Ermessensspielraum zu. Es ist daher – was auch im vorliegenden Fall zutrifft (vgl. Urk. 9/97) – nicht zwingend notwendig, dass der (psychiatrische) Gutachter fremdanamnestiche Angaben einholt (Urteile des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.2 und 8C_768/2012 vom 24. Januar 2013 E. 3 je mit weiterem Hinweis). 5.5 5.5.1

Das Parteigutachten von Dr. Z.____ stellt die Beweiskraft der Y.____ -Expertise nicht in Frage. Gegenüber Dr. Z.____

erwähnte der Beschwerdeführer bezüglich des Unfalls vom 17. April 2007 , er habe Todesangst gehabt. Er sei fünf Meter nach unten durchgebrochen und hart auf dem darunter liegenden Betonboden aufgeprallt. Er habe einen Kollegen aufgefordert, Hilfe zu holen respektive die Ambulanz zu alarmieren. Dieser sei seiner Bitte aber nicht nachgekommen und er sei weiterhin am Boden der Tiefgarage festgesessen. Die anderen Arbeiter hätten mit Aufräumarbeiten begonnen, um den Unfall zu vertuschen. Nachdem er zehn Minuten am Unfallort gewartet habe, habe er sich ohne fremde Hilfe etwa 120 Meter nach draussen geschleppt. Dies habe circa 40 Minuten gedauert. Er träume heute noch vom Unfall, insbesondere wie sich Armierungseisen in seinen Körper bohren oder ihm rote Ziegelsteine auf den Kopf fallen würden. Fast jeden Tag habe er Bilder vom Unfall vor seinen Augen. Wenn er spazieren gehe und eine Baustelle sehe, habe er Mühe, daran vorbei zu laufen (Urk. 9/103 S. 4). 5.5.2

Aus den weiteren Akten gehen keine damit übereinstimmenden

Unfallschilderungen hervor. So machte der Beschwerdeführer weder anlässlich der Begutachtung im Y.____ noch gegenüber den behandelnden Ärzten Angaben solcher Art. Nicht

nachvollziehbar ist, weshalb der Beschwerdeführer bislang ein für ihn dermassen eindrückliches Unfallereignis und die jetzt noch bestehenden Angstzustände unerwähnt liess. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass der Beschwerdeführer diese Angaben zur Verdeutlichung seines Leidens machte, fand die Begutachtung durch Dr. Z.____ doch im Anschluss an den Erlass des negativen Vorbescheides statt. Im Übrigen finden sie auch in den im April und Mai 2007 durchgeführten polizeilichen Befragungen von M.____ und N.____ und im Polizeirapport vom 4. Juni 2007 keinen Halt (Urk. 9/12/219-262). Seine Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung stützte Dr. Z.____ damit auf zumindest fragwürdige Angaben des Beschwerdeführers, weshalb seine Beurteilung nicht als hinlänglich nachvollziehbar erscheint. Der Gutachter verzichtete zudem auf eine kritische Auseinandersetzung mit den aufgezeigten Unstimmigkeiten und unterliess eine entsprechende Nachfrage beim Beschwerdeführer, was auch damit begründet sein kann, dass dem Experten nicht die gesamten Akten vorlagen (Urk. 9/103 S. 2). Im Übrigen kann dem Unfall vom 17. April 2007 eine gewisse Eindrücklichkeit zwar nicht abgesprochen, mit einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere aber nicht gleichgesetzt werden. Denn hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein (Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Auflage, Bern 2014, S. 207 f.). Anlässlich seines Arbeitsversuches kehrte der Beschwerdeführer zudem an einen

traumabezogenen Ort zurück und musste die Arbeit nach zwei Stunden einzig wegen Schmerzen aufgeben (Urk. 9/85 S. 11). In Übereinstimmung damit konnte während des stationären Aufenthalts in der F.____ vom 7. November bis 22. Dezember 2007 von den psychiatrischen Fachärzten die entsprechende Diagnose nicht erhoben werden und es wurde keine psychiatrische Behandlung empfohlen (Urk. 9/12/207-218 S. 2 f.). Auch der Kreisarzt Dr. G.____ und der Hausarzt Dr. E.____, die beide über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügen,

konnten ihre (bzw. durch Kreisarzt Dr. med. O.____)

anfänglich gestellte (Verdachts-)Diagnose (Urk. 9/12/304-307 S.

3 und Urk. 9/12/320) am 14. Februar respektive 28. April 2008 (Urk. 9/12/189-192 und Urk. 9/12/171)

und damit mehr als sechs Monate vor der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs bei der Invalidenversicherung (Urk. 9/9) - nicht bestätigen. Ausserdem unterzog sich der Beschwerdeführer bis anhin keiner adäquaten psychiatrischen Behandlung, wobei diesbezüglich nicht auf eine fehlende Krankheitseinsicht geschlossen werden kann. Denn das durch Dr. Z.____

erhobene psychische Krankheitsbild ist durch keine fehlende Krankheitseinsicht geprägt, was sich auch darin zeigt, dass der Beschwerdeführer keiner Arbeit mehr nachgeht.

Bezüglich die von Dr. Z.____ zusätzlich gestellte Diagnose einer mittelgradig depressiven Episode gemäss ICD-10 F32.1 – die von ihm nebst den bewegungsabhängigen Schmerzen als zur Hauptsache auf die Arbeitsfähigkeit einchränkende Symptomatik beurteilt wird (Urk. 9/103 S. 21) – bleibt anzumerken, dass selbst mittelgradige depressive Episoden

praxisgemäss regel mässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unter scheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrach tet werden, die es der betroffenen Person verun möglichten, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (vgl. etwa Urteil des Bun des gerichts 8C_213/2012 vom 1 3. April 2012 E. 3.2 mit Hinweis).

Widersprüchliches ergibt sich sodann aus dem Gutachten hinsichtlich der chro nischen Schmerzstörung. Einerseits berichtete Dr. Z.____, dass der Beschwer deführer gluteal zeitweilig schmerzfrei sei, weshalb keine Störung nach ICD-10 F45.41 vorliege (Urk. 9/103 S. 18), andererseits führte er das betreffende Leiden als Diagnose an (Urk. 9/103 S. 19). Wie es sich genau damit verhält, kann jedoch offen bleiben . Denn rechtsprechungsgemäss besteht die Vermutung, dass die entsprechende Erkrankung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willens anstrengung überwindbar sind (BGE 130 V 352). Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern und den Wieder einstieg in den Arbeitsprozess damit unzumutbar machen, sind aus den Akten nicht ersichtlich und werden auch vom Gutachter Dr. Z.____ nicht geltend gemacht (Urk. 9/103 S. 26). 5.6

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich aus dem Privatgutachten von Dr. Z.____ vom 1 4. März 2013 keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt und es damit nicht geeignet ist , die Schlussfolgerung der Y.____-Experten in Frage zu stellen . Diesbezüglich ist zu ergänzen, dass eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität ist. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 136 V 279 E. 3.2.1).

Gestützt auf das Gutachten des Y.____ vom 1 8. Juni 2012 und die einlässlichen Stellungnahmen vom 24. Dezember 2012 und 1 2. Juni 2013 zum Gutachten von Dr. Z.____ ist damit von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Beschwer deführers in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. 6.

Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich blieb beschwerdeweise unbestritten und ist insoweit nicht zu beanstanden, als die Verwaltung bei der Berechnung des Valideneinkommens auf die von der Unfallversicherung ermittelten Zahlen abstellte (Urk. 9/4 S. 2) und die regel mässig geleisteten Überstunden – wie im Einwand vom 2 5. Juni 2009 gefordert (Urk. 9/41 S. 3) – berücksichtigte. Hinsichtlich des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin ebenfalls zu Recht auf den LSE-Tabellenlohn für mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten im privaten Sektor beschäftigte Männer ab und gewährte einen angemessenen leidensbedingten Abzug von 20 % vom Tabellenlohn. I m für den Einkommensvergleich massgebenden Jahr 2008 resul tiert damit bei einem Invalideneinkommen von Fr. 47 ' 983 .-- (Fr. 4'806.-- x 41.6 / 40 x 12 x 0.8) im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 73'738.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'755 .--, was einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 35 % entspricht (zur Rundung: BGE 130 V 121 E.

3.2).

Die angefochtene Verfügung ist somit nicht zu beanstanden, was zur Ab weisung der Beschwerde führt. 7.

7.1

Der Beschwerdeführer beantragt, es seien der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Privatgutachten von Dr. Z.____ vom 14. März 2013 in Höhe von Fr. 4'020.-- aufzuerlegen (Urk. 1 S. 7).

Vorliegend war der medizinische Sachverhalt in Bezug auf die psychischen Einschränkungen aufgrund des Y.____-Gutachtens bereits genügend geklärt und es kommt der Expertise von Dr. Z.____ keine massgebende Bedeutung zu. Denn sie war weder für die Entscheidungsfindung notwendig, noch stellte das hiesige Gericht darauf ab. Dementsprechend besteht kein Anspruch auf die Vergütung der Kosten des Gutachtens von Dr. Z.____ (BGE 115 V 62 E. 5 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_231/2013 vom 18. Juli 2013 mit weiterem Hinweis). 7.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Der Antrag auf Kostenauflegung für das vom Beschwerdeführer bei Dr. Z.____ eingeholte Gutachten wird abgewiesen. 3 .

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Philipp Baumann - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

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

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

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

E. 8

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren

wird dabei weit gehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 9

/20/6). Mit B ericht vom 19. November 2008 informierte das Schmerzzambulatorium Dr. E.____, dass dem Beschwerdeführer zur Behandlung der Schmerzen ein Therapiekonzept mit drei Ebenen (medikamentös, physiotherapeutisch, interventionell) vorgeschlagen worden sei. Offenbar habe sich dieser bisher von beinahe allen behandelnden Ärzten nicht oder falsch verstanden gefühlt. Auch das Vertrauen in die Behandlungsansätze des Schmerzzambulatoriums sei eher marginal, weswegen wolle der Versicherte sich momentan nicht weiter behandeln lassen (Urk. 8/19).

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