

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00248 vom 18. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00248

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00248 du 18 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00248 del 18 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X.____ war seit Juni 2001 bei den Y.____ als Busführer angestellt, als er am 15. Juni 2011 auf dem Weg nach Hause einen Auffahrunfall erlitt. Dabei zog er sich ein HWS-Distorsionsstrauma zu. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen und stellte diese mit rechtskräftiger Einspracheentscheid vom 18. Dezember 2012 per 1. September 2012 mit der Begründung ein, der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden sei zu verneinen (Urk. 7/67 S. 2 und S. 8; Urk. 7/2).

Am 14. Dezember 2011 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Nackenschmerzen, Schmerzen an der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog unter anderem einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/11), einen Bericht des Arbeitgebers (Urk. 7/12), verschiedene Arztberichte sowie die Unfallakten (Urk. 7/23 und 7/25) bei und liess den Versicherten durch die Z.____ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 14. Oktober 2013; Urk. 7/102). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/117) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 29. Januar 2015 (Urk. 2) ab.

E. 1.1

Der Beschwerdeführer beantragte, eventualiter sei die Beschwerdegegnerin zur Ausrichtung von Eingliederungsmassnahmen zu verpflichten. Die Beschwerdegegnerin hat darüber in ihrer Verfügung vom 29. Januar 2015 jedoch gar nicht entschieden.

E. 1.2

Im Vorbescheidverfahren beantragte der Beschwerdeführer u.a. mit Eingabe vom 5. Mai 2014, berufliche Massnahmen seien umgehend an die Hand zu nehmen (Urk. 7/128 S. 1). Zuvor hatte er sich jedoch wiederholt als nicht eingliederungsfähig erachtet (vgl. z.B. Urk. 7/102 S. 14 [Juli 2013], Urk. 7/108 S. 1 [Dezember 2013]), weshalb ihm mit Schreiben vom 13. Dezember 2013 (Urk. 7/107) mitgeteilt wurde, dass die Eingliederungsmassnahmen abgebrochen würden. Damit war der Beschwerdeführer einverstanden (Urk. 7/108 S. 3). Anschliessend hielt die A.____ im Bericht vom 3. Februar 2014 fest, es könne frühestens in einem halben Jahr mit einem erneuten Versuch von beruflichen Massnahmen gerechnet werden (Urk. 7/114 S. 4). Der Beschwerdeführer erklärte sich daraufhin erneut nicht in der Lage, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen (Urk. 7/128 S. 3 [April 2014]). Vor diesem Hintergrund vermag sein späteres Schreiben vom 5. Mai 2014 (Urk. 7/128 S. 1) nichts an der geltend gemachten subjektiven Eingliederungsfähigkeit zu ändern, zumal der Beschwerdeführer anschliessend vom 30. Juni 2014 bis 20. August 2014 hospitalisiert (Urk. 7/142 S. 2) und gemäss Bericht der

A.____ vom 28. August 2014 weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig war (Urk. 7/142 S. 4). Die Beschwerdegegnerin hat damit zu Recht nicht über die Ausrichtung von Eingliederungsmassnahmen entschieden (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C_100/2010 vom 23. März 2010 E. 1); eine Verletzung des rechtlichen Gehörs des Beschwerdeführers ist nicht auszumachen. Auf den Eventualantrag um Zusprechung von Eingliederungsmassnahmen ist somit nicht einzutreten.

E. 1.3

Sollte sich der Beschwerdeführer wieder für eingliederungsfähig halten, kann er bei der Beschwerdegegnerin erneut um die Ausrichtung von Eingliederungsmassnahmen ersuchen. Diese wird die Eingliederungsfrage anschliessend zu prüfen und darüber zu verfügen haben.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 24. Februar 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 29. Januar 2015 sei aufzuheben, ihm seien die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere eine Rente, eventualiter Eingliederungsmassnahmen auszurichten. Am 20. April 2015 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Eingabe vom 2. September 2016 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer zwei Berichte der A.____ vom 16. Februar 2015 und vom 20. April 2016 ein (Urk. 10/1-2). Die Beschwerdegegnerin nahm dazu mit Eingabe vom 15. September 2016 Stellung (Urk. 12), was dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 23. September 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

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

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

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

E. 2.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die

geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 3.

3.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfü gung vom 29. Januar 2015 (Urk. 2) damit, dass dem Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitstätigkeit zumutbar sei. Es sei kein leidensbedingter Abzug zu berücksichtigen. Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 29 % . 3.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1) , im Z.____-Gutachten werde aufgrund einer Panikstörung und einer leichten depressiven Episode von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Dabei werde Bezug genommen auf eine frühere Beurteilung durch die A.____, gemäss welcher er aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung zu 50 % arbeits unfähig sei. Die Z.____-Gutachter hätten ausgeführt, dass die depressive Episode im Zeitpunkt der Begutachtung nur noch leichtgradig ausgeprägt sei, was eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich mache als im Zeitpunkt der Beurteilung durch die A.____. Gemäss aktuellen Berichten der A.____ leide der Beschwerdeführer heute wieder an einer mittelgradigen depressiven Episode, weshalb nicht mehr auf die diesbezügliche Einschätzung des Z.____ abgestellt werden könne. Eine Persönlich keitsstörung könne zudem in einer gutachterlichen Momentaufnahme kaum zuverlässig diagnostiziert werden. Die A.____ habe eine solche diagnostiziert, da sie die Persönlichkeit des Beschwerdeführers während seinen zwei Hospitalisati onen zuverlässiger habe einschätzen können, als das Z.____ während der Momen tansituation der Begutachtung. Die Depression dauere nun bereits mehr als drei Jahre an, selbst die Z.____-Gutachter hätten ausgeführt, dass der Verlauf bereits chronifiziert sei. Wenn die Beschwerdegegnerin schon auf das Z.____-Gutachten abstelle, so müsse sie auch die dort begründete Einschränkung der Arbeitsfähig keit um 20 % übernehmen. Werde diese berücksichtigt, ergebe sich ein Invali ditätsgrad von 43 %. Die Beschwerdegegnerin weiche jedoch ohne Begründung von der diesbezüglichen gutachterlichen Einschätzung ab. 4. 4.1

Im Austrittsbericht der B.____ vom 9. März 2012 (Urk. 7/25/36 44) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (S. 1): - Status nach HWS-Distorsionstrauma im Juni 2011 mit persistierenden Zephal gien und Zervikobrachialgien - Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichte bis mittelgradige Epi sode - Angst- und Panikattacken - Verdacht auf instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ mit nar zisstischen und anankastischen Zügen - Deutlich degenerative Veränderung der unteren Lendenwirbelsäule mit para zentraler bis foraminaler Protrusion L5/S1 rechts mit Kompression der absteigenden Nervenwurzel S1 rechts sowie degenerativ bedingte leichtgra dige foraminale Stenosen beidseits

Med. pract. C.____, Dr. med. D.____, Neurologie FMH und Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie Dr. phil. E.____, Fachpsy chologin für Neuropsychologie FSP, empfahlen die Weiterführung der ambu lanten Physiotherapie, MTT und verhaltensorientierte Psychotherapie (S. 3). 4.2

Im Gutachten des Z.____ vom 14. Oktober 2013 (Urk. 7/102/2-27) hielten Dr. med. F.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie,

Dr. med. H.____, FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, und lic. phil. J.____, Psycho loge/Neuropsychologe, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 24 f.): - Leichte depressive Episode - Panikstörung - Chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - anamnestisch Status nach wiederholten Autounfällen, zuletzt Auf fahr kolli sion am 15. Juni 2011 - radiologisch altersentsprechender Befund der HWS und BWS mit kleiner Diskushernie BWK 8/9 rechts ohne Neurokompression, deutlichen dege nerativen Veränderungen der unteren LWS sowie Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 samt Nervenwurzelkompression S1 rechts - weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II, behandelt seit 03/2012 mit OAD, ungenügende Einstellung (HbA1c 8.1 %) - Dyslipidämie, medikamentös ungenügend kompensiert - Adipositas, BMI 31 - arterielle Hypertonie, zurzeit keine medikamentöse Behandlung, kontroll be dürftig

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Akzentuierte, zwanghaft impulsive und paranoide Persönlichkeitszüge - Verdacht auf beidseitiges CTS - Status nach Nikotinabusus, circa 25 packyears, sistiert vor 3 Jahren

Dazu hielten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer zum Teil jede zweite oder dritte Woche, manchmal aber auch mehrmals am Tag , Panikattacken habe, dies vor allem auch zu Hause. Er sei seit letztem Jahr 14-tägig bis monatlich in psychiatrischer Behandlung in der A.____ . Er verbringe den Tag mehrheitlich im Herumliegen. Seine Ehefrau verrichte die Haushaltsarbeiten, er mache das Abendessen, reinige die Wohnung mit dem Staubsauger und gehe kleinere Sachen selber im Laden holen. In der Familie habe er Kontakte, zu Kollegen hingegen fast keine mehr. Als Busfahrer habe er keine Zeit gehabt, um mit anderen Kollegen Kontakte zu pflegen. Er sei im s.____ ischen Club, den er nun aber seltener besuche, da er wenig Lust und Motivation habe, etwas zu machen. Zur Begutachtung nach T.____ und zurück sei er alleine mit dem Auto gefahren (S.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.3

Bereits d ie Ärzte der B.____

hatten

die Verdachtsdiagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt , ohne diese jedoch zu begründen (Bericht vom 9. März 2012; Urk. 7/25 S. 36). Auch d ie Ärzte der A.____ hielten im Bericht vom 23. Dezember 2011 (Urk. 7/29 / 17-23) einen Verdacht auf eine instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ mit narzisstischen und anankasti schen Zügen fest. Aufgrund dieses Verdachts wurde der Beschwerdeführer daraufhin für eine Abklärung bei den Psychologen der A.____

angemeldet (Urk. 7/29/ 17 und 19). Im testpsychologischen Befund vom 6. Februar 2012 der A.____ (Urk. 7/29 / 24-28) wurde ausführlich dargelegt, weshalb keine Persönlich keitsstörung vorlieg t , sondern eine Persönlichkeitsakzentuierung mit zwang haften, impulsiven und paranoiden Zügen. Auch das Z.____ verneinte eine Persön lichkeitsstörung ausdrücklich und diagnostizierte eine Persönlichkeitsak zentuierung (Bericht vom

14. Oktober 2013; Urk. 7/102 S.

E. 8

und 10). Beim Beschwerdeführer beständen deutlich ausgeprägte psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren (S. 11). Gegen eine Persönlichkeitsstörung spreche bereits der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Der Beschwerdeführer könne es sich nicht vorstellen, auch mit Beschwerden zu arbeiten. Berufliche Massnahmen könnten deshalb nur empfohlen werden, falls er glaubhaft die dazu notwendige Motivation aufbringe (S. 12 f.). Er fliege ein- bis zweimal jährlich für drei bis vier Wochen in den N.____, wo er ein Haus besitze (S. 14). Der Beschwerdeführer sei gemäss dem Vertrauensarzt der Stadt Zürich aufgrund des Diabetes mellitus seit März 2012 als Buschauffeur nicht mehr fahrtauglich (S. 25). In einer angepassten Tätigkeit sei er aus orthopädischer Sicht voll arbeitsfähig. Für die Tätigkeit als (Lastwagen-)Chauffeur bestehe aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10%. Aufgrund seiner leichten depressiven Symptomatik kombiniert mit der Panikstörung sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht um 20% eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeiten aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht könnten nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitabschnitte für vermehrt notwendige Pausen genutzt werden könnten. Zusammengefasst sei dem Beschwerdeführer damit aus polydisziplinärer Sicht seit anfangs 2012 eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit inklusive derjenigen als Lastwagenchauffeur mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% in einem ganztägigen Pensum zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht solle die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung weitergeführt werden. Die Medikation sei zu überwachen beziehungsweise die Dosis zu erhöhen, da die Spiegel der Antidepressiva unter dem therapeutischen Bereich lägen (S. 26 f.). 4.3

Dr. med. K.____ der A.____ führte in seinem Bericht vom 3. Februar 2014 (Urk. 7/114) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung Zudem stellte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Persönlichkeitsakzentuierung mit zwanghaften, impulsiven und paranoiden Zügen - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas, BMI 31 - Hypercholesterinämie

Dazu ergänzte er, dass der Beschwerdeführer über Zukunftsängste berichte. Panikattacken mit Atemnot beständen weiterhin, jedoch weniger als früher, aktuell einmal monatlich oder alle zwei Monate. Er befinde sich seit dem 24. November 2011 bei der A.____ in Behandlung, aktuell würden in ca. vier wöchentlichen Abständen integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen durchgeführt (S. 2 f.). 4.4

Oberärztin L.____ und Assistenzärztin med. pract. M.____ von der A.____ hielten im Bericht vom 28. August 2014 (Urk. 7/142) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Somatische Diagnosen - Diabetes mellitus Typ II, ED 2013, unter OAK und Insulin - Status nach HWS-Distorsionen 1996, 2003, 3022 (wohl: 2011)

Dazu ergänzten sie, dass sich der Beschwerdeführer vom 30. Juni 2014 bis 20. August 2014 auf der Depressions- und Angststation der A.____ in stationärer Behandlung befunden habe. Aufgrund der auf der depressiven Symptomatik beruhenden raschen Ermüdbarkeit und tiefen Belastungsgrenze bei narzisstischen und impulsiven Persönlichkeitsanteilen sowie der chronischen Schmerzstörung sei der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig. 4.5

Dr. K.____ von der A.____ stellte im Zwischenbericht vom 20. April 2016 (Urk. 10/2) folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und anankastischen Anteilen - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), gegenwärtig remittiert - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gegenwärtig deutlich zurückgegangen - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas, BMI 31 - Hypercholesterinämie - Vitamin D-Mangel

Ergänzend führte er aus, dass der Antrieb des Beschwerdeführers deutlich vermindert sei. Er habe ab und zu die geplanten wöchentlichen Termine verschoben, da er sich sehr erschöpft fühle. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers bestehe ein starker sozialer Rückzug. 5. 5 .1

Das Gutachten des Z.____ vom 14. Oktober 2013 (Urk. 7/102) beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, psychiatrischen, orthopädischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die Experten gelangten sodann zur begründeten Schlussfolgerung, dass aus interdisziplinärer Sicht seit anfangs 2012 ein ganztägliches Pensum mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in einer angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, inklusive derjenigen als Lastwagenchauffeur, zumutbar ist. Dabei sind das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis gelegentlich 15 kg und Überkopparbeiten zu vermeiden (S. 18, 22 und 26 f.).

Gemäss den Gutachtern des Z.____ ist der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig. Für die weniger wechselbelastende, eher monotone Tätigkeit als (Lastwagen-)Chauffeur besteht aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % (Gutachten vom 14. Oktober 2013; Urk. 7/102). Die diesbezüglichen Ausführungen der Gutachter sind nachvollziehbar. Das Gutachten entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 2.4 hier vor). 5 .2

Der Beschwerdeführer machte hingegen geltend, dass das Gutachten nicht Grundlage eines Leistungsentscheides sein könne, da sich sein Gesundheitszustand inzwischen verschlechtert habe (Urk. 7/145). Vielmehr sei auf den ärztlichen Bericht der A.____ vom 28. August 2014 (Urk. 7/142) abzustellen. Vorwegzuschicken ist, dass der Beschwerdeführer seit dem 24. November 2011 (Urk. 7/114 S. 2) bei der A.____ in psychiatrischer Behandlung ist und in der A.____ mehrfach stationär hospitalisiert war, so unter anderem vom 30. Juni bis 20. August 2014 (Urk. 7/142 S. 2). Damit drängt sich die

Anwendung der einschlägigen Rechtsprechung auf, wonach auch behandelnde Spezialisten sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben und bei ihren Berichten die Erfahrungstatsache, wonach diese aufgrund des Vertrauensverhältnisses zu ihren Patienten im Zweifelsfall eher zu deren Gunsten aussagen, zu berücksichtigen ist, so dass im Streitfall eine direkte Leistungszusage einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kaum je in Frage kommt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). Diese Rechtsprechung ist entgegen der Vorbringen des Beschwerdeführers nach wie vor massgebend (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2016 vom 6. September 2016 E. 3.4 sowie 9C_395/2016 vom 25. August 2016 E. 4.1). Diese Berichte sind demgemäss mit Zurückhaltung zu würdigen. Sodann ist anzunehmen, dass den Psychiatern der A.____ das Gutachten des Z.____ und die darin aufgeführten Diagnosen und Einschätzungen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht bekannt waren, setzten sie sich doch damit nicht auseinander. Auch dies schmälert den Beweiswert der A.____-Berichte. Konkret ergibt sich folgendes: 6. 6.1

Aus den vorliegenden Arztberichten geht hervor, dass der Beschwerdeführer an psychischen Beschwerden leidet. Oberärztin L.____, med. pract. M.____ und Dr. K.____ von der A.____ diagnostizierten in ihren Berichten ab August 2014 unter anderem eine Persönlichkeitsstörung (Urk. 7/142, Urk. 10/1 und Urk. 10/2). 6.2

Persönlichkeitsstörungen im Sinne von ICD-10 F60-62 umfassen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen. Dabei findet man bei Personen mit Persönlichkeitsstörungen gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster sind meistens stabil und beziehen sich auf vielfältige Bereiche von Verhalten und psychischen Funktionen. Häufig gehen sie mit persönlichem Leiden und gestörter sozialer Funktions- und Leistungsfähigkeit einher. Persönlichkeitsstörungen unterscheiden sich von Persönlichkeitsänderungen durch den Zeitpunkt und die Art und Weise ihres Auftretens. Sie beginnen in der Kindheit oder Adoleszenz und dauern bis ins Erwachsenenalter an. Persönlichkeitsänderungen dagegen werden im Erwachsenenalter erworben (Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 6, vollständig überarbeitete Auflage 2008, S. 244 F60-62; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 36/04 vom 14. Juni 2004 E. 4.3).

E. 8.1

Der Beschwerdeführer leidet an einer depressiven Störung mit im Zeitpunkt der Begutachtung durch das Z.____ leichter bzw. gemäss Zwischenbericht der A.____ vom 16. Februar 2015 im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung mittelgradiger Episode (Urk. 10/1). 8.2

Laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E.

4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend De

pressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist aller dings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleitscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Dabei stellt das Bundesgericht sowohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als anderthalb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen. 8.3

Der Beschwerdeführer konsultierte bis mindestens im Februar 2014 lediglich einmal pro Monat (Urk. 7/114) seinen behandelnden Psychiater, obwohl bereits im November 2011 eine depressive Störung diagnostiziert worden war (Austrittsbericht O.____ vom 16. November 2011; Urk. 7/10 S. 5). Im Zeitpunkt der Begutachtung durch das Z.____ lag der Spiegel der Antidepressiva zudem unter dem therapeutischen Bereich (Urk. 7/102 S. 27). Nach Austritt aus der Depressions- und Angststation der A.____, bei welcher der Beschwerdeführer vom 30. Juni bis 20. August 2014 in stationärer Behandlung war, und bis mindestens im Februar 2015 - und damit auch im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung - erfolgten alle zwei Wochen Konsultationen bei seinem Psychiater (Urk. 10/1 S. 3). Eine solche Behandlungsfrequenz deutet nicht auf einen allzu grossen Leidensdruck hin. Von einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist, kann jedenfalls im Zeitpunkt der rentenabweisenden Verfügung vom 29. Januar 2015 nicht gesprochen werden.

Beim Beschwerdeführer bestehen zudem deutlich ausgeprägte psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren (Migrationshintergrund, früh verstorbener Vater, Bruder, Tochter und erste Ehefrau, gescheiterte zweite Ehe, finanzielle Probleme, Zukunftsängste; Urk. 7/102 S. 11 und Urk. 10/1 S. 3). Solche Faktoren vermögen medizinisch die Diagnose einer leichten bis mittelschweren Depression, aber rechtlich keine Invalidität zu begründen. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein (vgl. zum Ganzen BGE 127 V 294 E. 5a sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2), was vorliegend nicht der Fall ist. 8.4

Obwohl also eine depressive Symptomatik vorliegt, kann dem Leiden des Beschwerdeführers - entgegen der Ansicht der Z.____-Gutachter und der behandelnden Psychiater der A.____ - aufgrund der lediglich leichten bis höchstens mittelschweren Störung und einer fehlenden konsequenten Depressionstherapie keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden. 9.9.1

Erstmals stellte Dr. G.____ des Z.____ im Gutachten vom 14. Oktober 2013 (Urk. 7/102 S. 25) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Von den Ärzten der O.____ und B.____ sowie den Psychiatern der A.____ war eine diesbezügliche Diagnose zuvor nicht gestellt worden (Urk. 7/10 S. 5, Urk. 7/25/9 f.; Urk. 7/25/36 und Urk. 7/29/17). Erstmals im Bericht vom 3. Februar 2014 übernahm die A.____ die Diagnose und schloss auf eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/114 und 7/142). 9.2.9.2.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Das Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6). 9.2.2

Nach Aufgabe des Konzepts der Überwindbarkeitsvermutung, welche durch eine ergebnisoffene Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens als zentralem Beweisgegenstand abgelöst wird, scheint der Begriff des Kriteriums nicht mehr geeignet. Das Bundesgericht spricht fortan von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (vgl. dazu auch Peter Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 2014 S. 533 und 541 [Gutachten des Prof. Dr. Peter Henningsen, Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Technische Universität München, vom

Mai 2014 zu Fragen der Schweizer Praxis zur Invaliditätsfeststellung bei somatoformen und verwandten Störungen]; BGE 141 V 281 E. 4.1.1 und E. 4.1.2).

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzelfall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern Indizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3). 9.3

Im hier zu beurteilenden Fall sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass unter Berücksichtigung der mittlerweile massgebenden Standardindikatoren eine Arbeitsunfähigkeit resultieren könnte. Die Gutachter konnten anlässlich ihrer fachärztlichen Exploration keine wesentlichen Einschränkungen durch die

anhaltende somatoforme Schmerzstörung erkennen und massen der Diagnose keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 7/102 S. 25). Ein Leiden von erheblicher Schwere liegt damit - bei Fehlens einschlägiger Diagnosen - nicht vor. Wie bereits dargelegt, war der Beschwerdeführer bis im Februar 2014 lediglich einmal pro Monat, anschliessend bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung alle 14 Tage in psychiatrischer Behandlung. Damit kann weder von einem konsequenten Angehen der Schmerzproblematik mittels einer Therapie noch von einer Behandlungsresistenz gesprochen werden. Ein gravierendes objektivierbares körperliches Leiden besteht zudem nicht; dem depressiven Geschehen und der Panikstörung kommen - wie bereits dargelegt - keine invalisierende Bedeutung zu.

Was die persönlichen und sozialen Ressourcen des Beschwerdeführers betrifft, so ist dieser seit 1990 verheiratet und Vater von fünf Kindern. Zusammen mit seiner Ehefrau und den zwei jüngsten Kindern wohnt er in einer 4.5-Zimmer-Wohnung. Sein Bruder wohnt im N.____, seine Schwester in P.____. Zu beiden Geschwistern hat er gute Kontakte. Der Beschwerdeführer verbringt den Tag mehrheitlich mit Herumliegen, gelegentlichem Fernsehen und wenig Lesen. Dazu macht er das Abendessen für die Familie, reinigt die Wohnung mit dem Staubsauger und geht kleinere Sachen selbst einkaufen. Selten besucht er auch den s.____ischen Club und fliegt ein- bis zweimal jährlich für drei bis vier Wochen in den N.____, wo er ein Haus besitzt. Für die Begutachtung fuhr er zudem alleine mit dem Auto von Q.____ nach T.____ und wieder zurück. Kontakte zu Kollegen pflegte er bereits vor seinem Unfall nicht (Urk. 7/102 S. 6, 9 und 14). Das geschilderte Tagesaktivitätsniveau ist damit tief, doch ist der Beschwerdeführer nach wie vor in der Lage, das Nötigste im Haushalt mitzu helfen und mehrere Wochen pro Jahr in die Ferien zu fliegen. Das Aktivitätenniveau ist somit nicht in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt. Mit seiner Ehefrau und seinen Kindern verfügt er zudem über

intakte soziale Ressourcen. 9.4

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt, dass diese nicht in ausgeprägtem Umfang gegeben sind. Wohl erfüllt der Beschwerdeführer das Kriterium der Komorbiditäten, doch kommt diesen weder eine invalidisierende Bedeutung zu, noch wurden sie therapeutisch konsequent angegangen. Dies in Verbindung mit den vorhandenen Ressourcen bei intakten Familienstrukturen spricht dafür, dass insgesamt eine Unüberwindbarkeit der Auswirkungen einer Schmerzproblematik zu verneinen ist. So befanden denn auch die Gutachter des Z.____, dass die Schmerzstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Die diesbezüglich gegenteilige Einschätzung wurde von den Psychiatern der A.____ erst ab dem 3. Februar 2014 (Urk. 7/114) vertreten und mit keinem Wort begründet und ist damit nicht nachvollziehbar. Der somatoformen Schmerzstörung kommt damit keine invalidisierende Wirkung zu. 9.5

Die Pathologien des Beschwerdeführers führen damit zu einer sozialversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsfähigkeit von 90 % in einem ganztägigen Pensum für die (monotonere) Tätigkeit als Chauffeur beziehungsweise von 100 % in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit. 10. 10.1

Der Beschwerdeführer erzielte gemäss Arbeitgeberfragebogen vom 16. Januar 2012 (Urk. 7/12 S. 4) im Jahre 2010 ein Einkommen von Fr. 85'936.95. 10.2 10.2.1

Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten, körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig. 10.2.2

Zur Berechnung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik und ging vom Durchschnitt über alle Branchen (Niveau 4) aus (Urk. 7 / 115). Dies ist nicht zu beanstanden, steht dem Beschwerdeführer doch - mit Ausnahme des Personentransportes als Buschauffeur und im Rahmen der Zumutbarkeit - der gesamte Stellenmarkt offen. Ausgehend von einem statistischen Lohn von Fr. 4'901.-- und aufgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008] in Stunden pro Woche 1990-2015, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit der vollzeiter werbstätigen Arbeitnehmenden, Total 2010 : 41.6 ; www.bfs.admin.ch, Arbeit und Erwerb, Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit, detaillierte Daten, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit [BUA]) ergibt sich ein mögliches Einkommen von Fr. 61'164.-- per 2010. Die Aufrechnung der beiden Einkommen per 2015 kann - da proportional - unterbleiben. 10.3

Der Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen ergibt einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 29 %.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

E. 11

.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft

zugestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -
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 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 Beweis mittel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent hal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

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