

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00891 vom 31. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00891

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00891 du 31 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00891 del 31 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1956, ist gelernter Kellner. Ab dem Jahr 2007 war er bei der Ausgleichskasse des Kantons Zürich als selbstständige rwerbender

gemeldet (Urk. 12/5/5, Urk. 12/10/2). Infolge Schulterbeschwerden nach einem Unfall im Juni 2011 (vgl. Urk. 12/8/5) bezog er bis Juni 2013 Tag gelder des Unfallversicherers (Urk. 8/3-5). Unmittelbar

im Anschluss daran meldete er sich

unter Beilage diverser Arztberichte (Urk. 12/2) bei der Sozial versicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle) , zum Leistungsbezug an (Urk. 12/3-5).

Die IV-Stelle zog die Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 12/8) und holte

einen Bericht beim Hausarzt (Urk. 12/12) sowie einen Auszug aus dem Indi viduellen Konto (IK; Urk. 12/13) ein. Ferner forderte sie den Versicherten auf, seine Buchhaltungsabschlüsse der letzten drei Jahre vor Eintritt des Gesund heitsschadens und die letzte Beitragsverfügung der Ausgleichskasse einzu reichen (Urk. 12/14). Der Versicherte erklärte indes, solche seien mangels Verdienst nicht vorhanden (Urk. 12/15). Hierauf kündigte die IV-Stelle dem Versicherten ge stützt auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2 2. August 2013 (Urk. 12/18/3) an, d en Rentenanspruch zu verneinen (Urk. 12/20). Dagegen erhob dieser Einwand . Einerseits machte er zusätzlich e

somatische und psychische Beschwerden

geltend, andererseits reichte er zum Nachweis eines höhere n

Valideneinkommen s

B elege zu den Taggeldzahlungen des Unfallversicherers ein (Urk. 12/122, 12/25-26 und 12/30). Nachdem aktuelle Berichte der Behandlungspersonen vorlagen (Urk. 12/29 und 12/34) , gab die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Urk. 12/39). Dieses wurde am 10. September 2014 von der MEDAS Y.____ erstattet (Urk. 12/44) und am 9. Januar 2015 ergänzt (Urk. 12/50). Mit seiner Stellungnahme zum Gutachten (Urk. 12/52 /5) machte der Versicherte unter Beilage eines neuen Arztberichts (Urk. 12/52/6)

eine Zunahme der somatischen Beschwerden geltend. G estützt auf einen Austausch zwischen dem RAD und dem internen Rechtsdienst der IV-Stelle (Urk. 12/53-54) verneinte die IV-Stelle letztlich mit Verfügung vom 14. Juli 2015 den Anspruch auf eine

Invalidenrente (Urk. 2).

E. 1.1

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 her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.2

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, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

Ferner ist in Bezug auf Berichte behandelnder Arztpersonen bzw. Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag und therapeutisch tätigen

(Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fach medizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG schliesslich aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungs- massnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog, dass polydisziplinäre Gutachten bestätige, dass der Beschwerdeführer seit März 2013 in einer leichten angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei . Insbesondere sei keine psychiatrische Diagnose mit länger

dauernden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden . Psychosoziale Belastungsfaktoren seien nicht zu berücksichtigen. Beim Einkommensvergleich setzte sie das Valideneinkommen anhand des Lohnes fest, den der Beschwerdeführer gemäss IK-Auszug als Selbständigerwerbender abgerechnet hatte . Dem Invalideneinkommen legte sie den Zentralwert für Hilfsarbeiten gemäss Schweizerischer Lohnstrukturerhebung (LSE) 2010 bzw. 2012 des Bundesamtes für Statistik (BFS) zugrunde. Es resultierte stets ein Invaliditätsgrad von 0 % (Urk. 2) .

E. 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, der Gutachter habe ihm wegen der Schulter eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Juli 2012 bis Januar 2014 attestiert , was mindestens eine befristete Teilrente rechtfertige . Es kämen schwere Kniebeschwerden hinzu. Zudem habe seine Psychiaterin eine Persönlichkeitsveränderung , eine mittelschwere depressive Episode sowie eine Chronifizierung des Leidens festgestellt. Weiter sei die neue Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und dergleichen zu berücksichtigen. Ferner habe er Anrecht auf einen leidensbedingten

Abzug von 25 % , da die Schulterbeschwerden und die Altersverlangsamung die Auswahl der Arbeitsstellen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt einschränken würden .
Schliesslich sei für die Festsetzung des Valideneinkommens

das beim letzten Arbeitgeber erzielte Jahreseinkommen von Fr. 55'500.-- massgebend (Urk. 1).

E. 3.1

In der Gesamtbeurteilung des Gutachtens

der MEDAS Y.____ , welches die Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie umfasst, wurden als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt: (1)

eine Periarthropathia

humeroscapularis

partim

ankylosans

dextra mit Residualbeschwerden nach (a)

einem Sturz mit Schulterkontusion, kompletter Ruptur der Supraspinatussehne und incompletter Ruptur der Subscapularissehne am 15. Juni 2011, (b) einer arthroskopischen

Akromioplastik und Resektion des Akromioklavikulgelenks am 5. April 2012 und (c) einer Ruptur (medial cuff

failure) nach ventrokaudaler Luxation am 27. Juli 2012 mit Hill-, Sachs- und Labrumläsion, osärer Bankart-Läsion (konsolidiert), myotropher und ektopter Verkalkung gemäss MRI vom 5. April 2013, (2)

eine Gonarthrose beidseits mit (a) Femoropatellararthrose rechts gemäss Röntgenaufnahmen vom 14. Oktober 2013 und (b) rechtsbetonter

Periarthropathie .

Als ohne wesentlichen

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert wurden ferner diagnostiziert: (1) psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54) bei unübersehbarer Verdeutlichungs- und Selbstlimitierung sowie einem Status nach mittelgradiger depressiver Episode, (2) eine Adipositas simplex und (3) eine arterielle Hypertonie. Dem wurden blosse „Nebenbefunde“ , insbesondere eine thorakolumbale Skoliose mit hochsitzender Kyphose und lumbosakraler

Chondrose gemäss Röntgenaufnahme vom 6. September 2011 sowie ein Senkfuss rechts mit Arthralgie der Metatarsophalangealgelenke , hinzugefügt (Urk. 12/44/18).

E. 3.2

Daraus schlussfolgerten die Gutachter, der Beschwerdeführer sei als Transporteur (Chauffeur inkl. Auf- und Abladen mit Heben und Tragen von mehr als 10 kg) zu 0 % arbeitsunfähig, wobei die rheumatologischen Befunde die Grenzen setzen würden. Dies

gelte in gleicher Weise für alle anderen manuellen Schwerarbeiten, für monotone mittelschwere Arbeiten mit starker, kraftaufwändiger Beanspruchung des Schultergürtels sowie für Tätigkeiten mit häufigem Hantieren kranial der Kopfhöhe und für aus schliesslich stehende oder mit längeren Gehstrecken verbundene Tätigkeiten. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt betrage 70 % und jene für leichte bis mittelschwere Verweistätigkeiten unter Beachtung der genannten Kriterien 100 %, darin inbegriffen die Tätigkeit als Chauffeur ohne Auf- und Abladen (Urk. 12/44/18 f.).

Bei der Anmeldung zum Leistungsbezug im Juni 2013 dürfte die gleiche Situation wie bei der Begutachtung vorgelegen haben (Urk. 12/44/19 9).

E. 3.2.2

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 4.4). 4.5.3

Wiederholt diagnostiziert wurde von Dr. F.____

eine depressive Störung. Ihre Angaben zur Schwere dieser Symptomatik sind allerdings nicht schlüssig. So wichen „Diagnose“ (schwere depressive Episode), „Beurteilung“ (mittelschwere bis schwere depressive Episode) und Begründung der Chronifizierung (immer wieder leichte bis mittelschwere Symptome) in ihrem letzten Bericht stark voneinander ab.

Es ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulant und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3; BGE 137 V 64 E).

E. 3.4

Davon abweichend erklärte die RAD-Ärztin Med. pract. E.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit, es könne nicht auf den Bericht von Dr. D.____ abgestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht anhand eines radiologischen Befunds beurteilbar

und er begründe nicht, weshalb ein Abstützen auf den Tisch vorzuziehen wäre und Einschränkungen für den Einsatz beider Arme attestiert würden. Massgebend sei der Bericht von Dr. A.____ vom 5. März 2013, wonach der Beschwerdeführer elevieren und rotieren könne und auf die Frage nach der beruflichen Zukunft mit Achselzucken geantwortet habe. Dr. A.____ beschreibe eine gute Muskulatur, eine leichte Aussenrotations einschränkung und einen freien Griff zum eigenen Nacken und auf den Rücken. Er habe eine Zweitmeinung vor allem zur Belastungsfähigkeit gewünscht. Der entsprechende Bericht von Dr. B.____ vom 11. April 2013

sei so zu verstehen, dass es einen Handlungsbedarf bestimme, weil die Artikulation erhalten und die Fraktur bereits ohne spezifische Therapie konsolidiert sei. Von Konsolidierung spreche man, wenn eine Fraktur soweit verheilt sei, dass eine sekundäre Verschiebung der Fragmente nicht mehr zu erwarten sei. Der Hausarzt habe am 1. Juli 2013 zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nur noch festgestellt, dem Beschwerdeführer fehle die dafür nötige Qualifikation (Urk. 12/54/5 f.).

E. 4

Im Verlaufsbericht vom 23. Juli 2015 (Urk. 3/1) diagnostizierte Dr. F._____

neu eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2) sowie eine Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit mit selbstunruhigen, emotional instabilen und zwanghaften Persönlichkeitszügen (ICD-10: F62.1). Eine demenzielle Entwicklung erwähnte sie nicht mehr. Unter dem Titel „Beurteilung“ sprach sie von einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode

(offenbar gestützt auf die Ergebnisse des MADRS- und des HAM-A-Tests) und einer kognitiv-mnestischen Beeinträchtigung mittleren Grades. Ferner wies sie darauf hin, dass aufgrund des Screening-Tests für Persönlichkeitsstörungen SKID II, der in einer kurzen symptomfreien Periode durchgeführt worden sein soll, Hinweise auf eine veränderte Persönlichkeit bestünden. Diese sei anamnestisch erst nach der affektiven Erkrankung aufgetreten. Die Kriterien A bis F gemäss ICD 10-F62.1 seien erfüllt.

Der Beschwerdeführer sei somit nicht arbeitsfähig und die Prognose aufgrund des bisherigen Verlaufs eher schlecht. Gegenüber dem Vorbericht habe sich der Zustand kaum gebessert

bzw. die depressive Symptomatik habe infolge der zusätzlichen Knieschmerzen trotz adäquater Therapie leicht zugenommen. Die Persönlichkeitsänderung und die immer wieder

leicht bis mittelschweren depressiven Symptome würden zudem für eine Chronifizierung der Depression sprechen.

Zum Psychostatus hielt Dr. F._____

fest, der Beschwerdeführer sei bewusst seinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Er sei auf seine eigene psychosoziale Situation und den Gesundheitszustand eingeeignet. Die Konzentration sei leicht bis mittelgradig eingeschränkt, er lasse sich im Gespräch leicht ablenken. Das Kurzzeitgedächtnis sei reduziert, er könne nach fünf Minuten nur eines von drei Wörtern erinnern. Er gebe existenzielle Ängste und grübelnde Gedanken betreffend die Zukunft an. Im Denken sei er kohärent, aber stark verlangsamt. Er wirke mittelschwer bis schwer deprimiert. Es sei psychomotorisch stark verlangsamt und die Reizbarkeit sei erhöht. Es würden anhaltende Müdigkeit, Antriebsmangel, Interessen- und Freudlosigkeit sowie ein sozialer Rückzug bestehen. Die innere Unruhe sei deutlich spürbar. Er sitze sehr nervös und drehe die Daumen, müsse immer wieder aufstehen. Der Appetit sei reduziert. Schlafen könne er nur mit Medikamenten, wobei Ein- und Durchschlafstörungen bestehen würden (Urk. 3/1 S. 1 f.).

E. 4.1

Die psychiatrische Begutachtung beanstandete die der Beschwerdeführer gestützt auf vorher und nachher verfasste Berichte der ihn seit September 2013 behandelnden (Urk. 12/34/1) Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. F.____ .

E. 4.2

Sie diagnostizierte am 7. Januar 2014 (Urk. 12/34) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1)

seit mindestens Mai 2011 und äusserte den Verdacht auf eine demenzielle Entwicklung (ICD-10: F03). Zum Befund notierte sie, der Beschwerdeführer sei zeitlich und örtlich teilweise orientiert (Datum und Wochentag um mehr als einen Tag falsch, Ortschaft der Praxis

nicht abrufbar). Zu Personen und zu sich selbst sei er orientiert. Die Aufmerksamkeit sei mittelgradig reduziert. Das Kurzzeitgedächtnis sei eingeschränkt (erinnere 2 von 3 Wörtern). Weiter gebe er Existenz- und Zukunftsängste an. Im formalen Denken sei er logisch und kohärent, aber verlangsamt und inhaltlich auf seine psychosoziale Situation eingeengt. Grübelnde Gedanken gebe er betreffend die Zukunft an. Der affektive Rapport sei knapp herstellbar. Die Schwingungsfähigkeit sei reduziert. Er wirke schwer deprimiert, mässig hoffnungslos, leicht ratlos, innerlich unruhig (Hände ringend) und hilfeschend. Er gebe Minderwertigkeits- und Insuffizienzgefühle an. Er leide unter Energie- und Antriebsmangel sowie schneller Ermüdbarkeit. Neben dem sozialen Rückzug bestehe ein Mangel an Freude und Interessen. Er gebe an, zunehmend vergesslich und erhöht reizbar zu sein . Weiter berichte er von Verarmungsgefühlen , Durchschlafstörungen und morgendlichem Früherwachen . Das Ergebnis von 32 Punkten im HAMD-Test entspreche einer schweren depressiven Episode. Beim Uhrentest habe der Beschwerdeführer 5 von 7 Punkten (er habe die Zeiger nicht unterscheiden können) , beim MM-Test

22 von 30 Punkten

(Defizite bei der zeitlichen und örtlichen Orientierung, Rechenfehler bei Subtraktionen, 2 von 3 Wörtern beim Gedächtnistest abgerufen, Fehler beim Figuren-Abzeichnen) erzielt.

Unter Einsatz von Escitalopram und Pipamperon sei es zur Teilremission der Symptomatik gekommen. Aktuell bestünden kognitive Defizite (verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit sowie ein gestörtes Gedächtnis und teilweise zeitliche bzw. örtliche Desorientierung), eine stark verminderte Leistungsfähigkeit und zusätzlich eine jeweils stark verminderte Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit sei daher zu 100 % eingeschränkt. Nach abgeschlossener Abklärung sei ein Bericht bei der G.____ einzuholen . Falls es sich um eine depressive Störung handle, sei mit einer vollständigen Remission zu rechnen. Im Falle einer beginnenden demenziellen Entwicklung sei langfristig von einer Verschlechterung auszugehen.

E. 4.3

In der gutachtlichen Untersuchung vom 16. Juli 2014

durch Dr. med. H.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gab der Beschwerdeführer an, er leide unter Schulter-, Rücken-, Waden- und beidseitigen Knieschmerzen. Dr. H.____ wies diesbezüglich auf eine deutliche Diskrepanz zwischen der Beschwerdeschilderung und dem beobachtbaren Verhalten hin, da der Beschwerdeführer in

keiner Sequenz einen schmerz erfüllt leidenden oder depressiven Eindruck gemacht habe. Weiter berichtete der Beschwerdeführer von sich aus, vergesslich und ständig nervös zu sein sowie die Anwesenheit der Familienangehörigen schlecht zu ertragen. Manchmal würde er sich am liebsten umbringen. Vor der Operation habe er keine psychischen Probleme gekannt. Heute lebe er zurückgezogen und werde laut, wenn er unvorbereitet auf einen Kollegen treffe. Bei der aktiven Exploration bejahte er depressive Symptome wie vermindertes Selbstwertgefühl, verminderte Lebensfreude und Lebenslust, erhöhte Vergesslichkeit, Interessenlosigkeit, Suizidgedanken, Schamgefühle sowie Ein- und Durchschlafstörung. Gemäss

Dr. H. ___ bestand jedoch auch zwischen dieser Symptombejahung und dem Erscheinungsbild eine Diskrepanz. Der Beschwerdeführer habe zu keiner Sequenz den Eindruck eines depressiven oder resignierten Menschen gemacht (Urk. 12/44/31 f.).

Weiter führte Dr. H. ___ aus, der Beschwerdeführer sei psychopathologisch grobkursorisch unauffällig. Der Antrieb sei nicht gestört. Er berichte aus eigener Initiative. Seine Ausführungen seien von Gesten begleitet. Affektiv sei er reagibel. Die Grundstimmung sei nicht depressiv. Es würden sich keine Anhaltspunkte für kognitive Beeinträchtigungen finden. Das Erinnerungsvermögen sei nicht gestört.

Er verfüge in allen drei Sprachen (Deutsch, Serbisch, Italienisch) über einen guten Wortschatz und

wechsle fließend. Anhaltspunkte für Wortfindungsstörungen

würden sich keine finden. Es sei nie zu einem Gedankenabrechen gekommen. Auffällig sei die Exploration der zeitlichen Orientierung. Er nenne Donnerstag statt Mittwoch und Juni statt Juli. Damit konfrontiert, dass er sich um eine Einheit geirrt habe, mache er einen logischen und deshalb nicht mit einer kognitiven Beeinträchtigung

genügend begründbaren Fehler. Er nenne Freitag und Mai. Spür- und beobachtbar sei, dass sein Lebensplan durch die Schulterschmerzen durchkreuzt worden und er über das Operationsresultat enttäuscht sei. Die hypochondrischen Ängste und Befürchtungen, dass die Schulterschmerzen bei entsprechendem Schonverhalten weiter zunehmen würden, seien symptomatisch. Er mache aber nicht den Eindruck einer ängstlich vermeidenden Person. Es sei zu keinen nennenswerten averbalen Schmerzäusserungen gekommen (Urk. 12/44/32 f.).

Zur Plausibilisierung wies Dr. H. ___ darauf hin, dass der Beschwerdeführer bemüht sei, eine Tagesstruktur aufrechtzuerhalten. Er kleide sich täglich in die Kleider und vernachlässige die Körperpflege nicht. Er mache regelmässig Spaziergänge, wobei das Orientierungsvermögen nicht beeinträchtigt scheine.

Vor einem Jahr sei er umgezogen und habe nun im neuen Mietshaus weniger soziale Kontakte. Bei der Genese des Libidoverlusts spiele vorab die Erektionsstörung eine Rolle, zeige er sich doch unter anderem interessiert an der Frage, wie diese zu verbessern sei. Er berichte über Interessenlosigkeit, lese keine Zeitung und schaue kaum fern. Es scheine in den letzten Monaten zu einem ängstlichen Rückzugsverhalten gekommen zu sein. Das Selbstwertgefühl sei durch die veränderte Stellung in der Familienhierarchie beeinträchtigt. Aufgrund der Erwerbslosigkeit fühle er sich unnützlich. Indes habe er, was für einen schwer depressiven Menschen atypisch wäre, begeistert von seiner Tätigkeit als Kellner erzählt (Urk. 12/44/33).

Aktuell sei ein Schon- und Vermeidungsverhalten im Alltag explorierbar. Ebenfalls würden sich ängstliche Persönlichkeitszüge finden. So habe der Beschwerdeführer die Schulteroperation gemäss Bericht von Dr. A.____ vom 22. November 2011 hinausgezögert. Indessen würden sich – mit Bezug auf den Bericht von Dr. F.____ – klinisch aktuell keine Anhaltspunkte finden, dass er unter einer depressiven Störung mit Krankheitswert leide. Es seien weder Antriebsstörungen noch kognitive Beeinträchtigungen oder affektive Einschränkungen objektivierbar. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den berichteten Symptomen und dem beobachtbaren Verhalten. In keiner Sequenz mache er einen depressiv oder schmerzerfüllt leidenden Eindruck. Es sei zudem nicht plausibel, dass er seit Mai 2011 an einer depressiven Störung leide, so werde er in keinem weiteren Arztbericht als depressiv beschrieben. Ebenso wenig würden sich klinische Anhaltspunkte für eine dementielle Entwicklung finden. Entsprechende kognitive Funktionen - einschränkungen seien nicht objektivierbar. Bei der zeitlichen Desorientierung handle es sich um ein Artefakt. Es sei derzeit keine psychiatrische Komorbidität objektivierbar, die gemäss ICD-10 Krankheitswert habe (Urk. 12/44/33 f.).

Zu den

Schulderschmerzen ergänzte Dr. H.____, es würden sich zwar teilweise ängstlich vermeidende Persönlichkeitsanteile, aber keine Anhaltspunkte für die Abhängigkeit von Lob von Dritten, Konfliktvermeidung, Dyslexiethymie oder hohes Unabhängigkeitsbedürfnis finden, die pathognomonisch seien für Personen, die unter Distress zu psychosomatischen Reaktionsbildungen neigen würden. Anhand der Physiologie und Psychomotorik sei nicht objektivierbar, dass es sich um einen quälenden Schmerz handle.

Seine Beurteilung, dass die diagnostischen Kriterien für eine chronische Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) nicht erfüllt seien, decke sich mit jener von Dr. F.____, die den Beschwerdeführer ebenso wenig als schmerzerfüllt leidend beschrieben habe (Urk. 12/44/34).

E. 4.6

Zusammenfassend ist die gutachtliche Einschätzung, es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit, in differenzierter Auseinandersetzung mit den Vorakten, den Befunden und den äusseren Umständen schlüssig begründet. Die Berichte der behandelnden Psychiaterin geben keinen Anlass zu weiteren medizinischen Abklärungen.

E. 5

4.5.1

Zunächst fällt auf, dass Dr. F.____ nicht länger an ihrer Verdachtsdiagnose einer demenziellen Entwicklung festhält, obschon sie weiterhin eine Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses feststellte. Die von ihr im Vorbericht angekündigten weiteren Abklärungen wurden also entweder mit dem Gutachter übereinstimmend als nicht mehr notwendig erachtet oder führten zu keinem erwähnenswerten Untersuchungsergebnis. 4.5.2

Das Charakteristikum der somatoformen Störungen im Sinne von ICD-10: F45 ist sodann die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholt er negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind indes irgendwelche körperlichen Symptome vorhanden, dann erklären sie nicht die Art

und das Ausmass der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Die vorherrschende Beschwerde bei einer anhaltenden Schmerzstörung nach ICD-10: F45.4 ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftritt (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 9. Aufl. 2014, S. 224 und 233).

Einerseits liegen beim Beschwerdeführer somatische Befunde respektive Diagnosen vor, die seine Schmerzen –

auch im Schulterbereich – mindestens teilweise erklären (vgl. E. 3.1).

Dabei wies Dr. Z.____ im rheumatologischen Teilgutachten auch darauf hin, dass die positiven Waddell-Zeichen im Stehen, die unterschiedliche Motilität im Halswirbelsäulenbereich zwischen sitzender und liegender Position, die generell verminderte Innervation bei Prüfung der Muskelkraft an den rechtseitigen Extremitäten, die Provokation von Beckengürtelschmerzen bei der dynamischen Untersuchung der Brustwirbelsäule sowie die Selbsteinschätzung der Alltagsbewältigung für den Verdacht auf Symptomverdeutlichung und auf Selbstlimitierung sprechen würden (Urk. 12/44/42).

Andererseits finden sich selbst in den Berichten von Dr. F.____

(vgl. E. 4.2 und 4.4) keine Hinweise für das Vorliegen einer

somatoformen

Schmerzstörung

oder

eines

vergleichbaren psychosomatischen

Leidens – weder in den Diagnosen noch in den

Befunden. Wie Dr. Z.____ zutreffend darlegte, beschrieb sie den Beschwerdeführer nicht als schmerzerfüllt leidend. Dass er Daumen dreht und immer wieder aufsteht, führte sie nicht auf ein Schmerzempfinden, sondern eine innere Unruhe zurück. Allein die Feststellung, dass das formale Denken inhaltlich unter anderem auf den Gesundheitszustand eingeengt ist, genügt nach der vorstehenden Definition nicht.

Schliesslich erlaubte es die immerhin zweieinhalb Stunden dauernde Exploration Dr. Z.____ durchaus, sich einen zuverlässigen Eindruck vom Beschwerdeführer zu verschaffen. Hervorzuheben ist, dass er dabei keine nennenswerten verbalen Schmerzäusserungen des Beschwerdeführers feststellen konnte und dieser ihm gegenüber angab, nur bei starken Schmerzen regelmässig Schmerzmedikamente einzunehmen, worauf die Schmerzintensität jeweils abnehme (Urk. 12/44/28).

Bestehen indes keine konkreten Anhaltspunkte für eine somatoforme

Schmerzstörung oder ein vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 137 V 64 E. 4.2), kann die

zur Diskussion stehende depressive Episode auch keine

„blosse“ Begleiterscheinung sein (z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 3.4; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depression, in: SZS 2015 308 ff., 312). Die Frage der invalidisierenden Wirkung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist folglich nicht nach der Schmerzensrechtsprechung zu beurteilen (vgl. vom Beschwerdeführer angeführtes Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 : publiziert in BGE 141 V 281; vgl. BGE 140 V 290 E. 3.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_624/2015 vom 25. Januar 2015 E.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer machte ausserdem eine Zunahme der

somatischen Beschwerden gestützt auf den Bericht von Dr. A.____ vom 24. März 2015 geltend. Dieser diagnostizierte eine Femorotibialarthrose mit Knorpelglatze medial ausgedehnter als lateral am linken Knie mit Ergussbildung und retro patellarer

Chondropathie. Dazu merkte er an, das rechte Knie sei ähnlich angeschlagen, aber noch nicht MR-tomographisch untersucht. Es dürfte sich um eine beidseitige primäre Gonarthrose handeln (Urk. 3/2).

E. 5.2

Eine beidseitige Gonarthrose wurde im Gutachten bereits berücksichtigt – gestützt auf eine Röntgenaufnahme vom 14. Oktober 2013 (vgl. E. 3.1, Urk. 12/29/2). Im gutachtlichen Belastungsprofil

wurde der Gonarthrose insofern Rechnung getragen, als ausschliesslich stehende oder mit längeren Gehstrecken verbundene Tätigkeiten ausgeschlossen wurden. Als zumutbar erachtet wurden

noch leichte bis mittelschwere körperliche Verrichtungen, mitunter diejenige als Chauffeur ohne Auf- und Abladen (vgl. E. 3.2).

Da es sich um eine degenerative Erkrankung handelt, ist nicht auszuschliessen, dass diese bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung weiter fortschritt. Wann genau das gemäss Bericht „mitgebrachte MRI“ angefertigt wurde, erwähnte Dr. A.____ nicht. Hinzu kommt, dass Dr. A.____ seine Einschätzung einer vollen Invalidität („IV 100%ig“) mit der Vermittelbarkeit auf dem Arbeitsmarkt und damit mit einem IV-fremden Aspekt begründete (Urk. 3/2). Eine relevante Verschlechterung der Gonarthrose ist somit nicht dargetan, worauf auch RAD-Ärztin med. pract. E.____ in der Stellungnahme am 8. Mai 2015 zum Bericht von Dr. A.____ vom 24. März 2015 hinwies (Urk. 12/54/7).

E. 6

. 4

Das Invalideneinkommen von Fr. 63'018.-- ist soweit unbestritten. Zu betonen ist daher, dass ab dem Zeitpunkt, in dem der Beschwerdeführer zu 100 % in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig war,

selbst bei Annahme des behaupteten Valideneinkommens von Fr. 36'000.-- pro Jahr (=12 x Fr. 3'000.--) und eines maximalen leidensbedingten Abzugs

von 25 % (vgl. BGE 126 V 75)

kein Invaliditätsgrad grösser als 0 % resultieren würde.

Zwischen dem Gutachter (Urk. 12/50) und dem RAD (Urk. 12/54/6) umstritten ist indessen, ob in den Monaten März bis Dezember 2013 bereits eine Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestand. Bei Ablauf der sechs monatigen Karenzzeit nach Art. 29 Abs. 1 IVG im Dezember 2013 (vgl. Urk. 12/3-5) und unter Berücksichtigung der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit nach drei Monaten gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV geht es dabei letztlich um einen befristeten Rentenanspruch für die Monate Dezember 2013 bis März 2014.

Es

ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass das Arbeitspensum des Beschwerdeführers in den letzten Jahren 40 %

oder mehr betrug. So ist das konstant ausgewiesene jährliche Einkommen

von Fr. 9'700.--

für ein 40%- Pensum als Chauffeur/Transporteur (entspricht einem Jahreseinkommen von Fr. 24'250.--

für ein Vollzeitpensum) nicht nur aussergewöhnlich, sondern unrealistisch tief (vgl.

Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 2010 des Bundesamtes für Statistik [BFS], Tabelle TA1, Ziff. 49, 52 und 53, Anforderungsniveau 4 für Männer, auch Mülhauser, Das Lohnbuch 2010, Mindestlöhne sowie orts- und berufsübliche Löhne in der Schweiz, Zürich 2010, S. 196 ff.). Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer soweit ersichtlich in der Lage war, dieses Einkommen vor einigen Jahren auch zu erwirtschaften, während er seinen Vater in Serbien pflegte. In Anwendung der mit BGE 142 V 290 geänderten Rechtsprechung, wonach die Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich nur noch proportional zu berücksichtigen ist, fällt ein rentenbegründender Invaliditätsgrad bei einem Arbeitspensum von unter 40 %

von vornherein ausser Betracht. Die Frage, ob die Impressionsfraktur mit der Konsolidierung bereits genügend ausgeheilt war, kann somit offen bleiben.

E. 7

Zusammenfassend ist von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen.

Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad lässt sich zudem bereits aufgrund des zu Recht auf Fr. 9'700.-- festgesetzten Valideneinkommens

und des damit verbundenen Arbeitspensums nicht rechtsgenügend nachweisen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 8

00.-- festzusetzen. Sie sind entsprechend dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und zufolge Abweisung des Gesuchs um unentgeltliche Prozessführung auch einzufordern. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 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, zuzustellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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