

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01160 vom 31. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01160

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01160 du 31 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01160 del 31 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972 und ohne Berufsausbildung (vgl. Urk. 9/1/4; Urk. 9/55/18), war von Oktober 2000 bis Dezember 2011 bei der Y.____ AG, vollzeitig als Anlageführer angestellt (Urk. 9/33/1 f.). Nachdem er im August 2004 (Treppensturz) und im Dezember 2011 (Auf fahr kollision) je einen Unfall erlitten hatte (Urk. 9/3/16; Urk. 9/4/29 +97+113), war er beim besagten Arbeitgeber noch von Juli 2012 bis November 2013 als Hilfsarbeiter tätig (Urk. 9/33/2 +11).

Seit August 2014 ist der Versicherte bei einem Beschäftigungsgrad von 50 %

für körperlich leichte Tätigkeiten wieder in einer Bäckerei angestellt (Urk. 9/55/26).

Unter Hinweis auf Rücken-, Nacken-, Brust-

und Kopfschmerzen meldete er sich am 13. Juli 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/1/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte daraufhin die Akten der Unfallversicherung (Urk. 9/3 f.; Urk. 9/32), einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 9/12) sowie einen Arbeitgeberfragebogen ein (Urk. 9/33). Sie erteilte am 2. Oktober 2013 Kostengutsprache für berufliche Massnahmen (Urk. 9/18), welche indes am 17. Februar 2014 abgebrochen wurden (Urk. 9/23). Zusätzlich gab die IV Stelle bei der Z.____, ein Gutachten in Auftrag (Z.____-Gutachten vom 1. April 2015, Urk. 9/55). Mit Vorbescheid vom 15. April 2015 teilte die IV-Stelle mit, dass sie gedenke, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 9/56). Nach durchgeführtem Ein wand verfahren

(Urk. 9/57 ff.) verfügte sie am 7. Oktober 2015 im angekün digten Sinne (Urk. 9/81 = Urk. 2).

E. 1.1

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 Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesge setzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesund heit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver bleibende 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 aus schliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksich tigen. Eine Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 1.3

Zur Annahme der Invalidität nach Art.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet 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). 2.

E. 2

Hiergegen erhob X.____ am 9. November 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte nebst der Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Angelegenheit zwecks weiterer medizinischer Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit diese danach erneut über den Rentenanspruch entscheidet. Gleichzeitig stellte er ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 2 ; Urk. 11 f.), welches indes mit gerichtlicher Verfügung vom 4. Februar 2016 abgewiesen wurde (Urk. 13). Mit Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2015 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), worauf der Versicherte mit Replik vom 25. April 2016 an seinen Rechtsbegehren festhielt (Urk. 16). Mit Eingabe vom 11. Mai 2016 orientierte die IV-Stelle darüber, dass sie auf das Einreichen einer Duplik verzichte (Urk. 22). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2015 (Urk. 2) damit, dass die medizinischen Abklärungen ergeben hätten, dass sowohl für die angestammte wie auch für angepasste Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben sei (S. 1). Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden seien medizinisch nicht nachvollziehbar und es müsse davon ausgegangen werden, dass auch in der Vergangenheit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. An dieser Beurteilung würde auch der vom Versicherten im Einwandverfahren eingereichte Arztbericht nichts ändern, da die darin geschilderten Diagnosen bereits bekannt gewesen seien und es sich um eine andere Betrachtungsweise des gleichen Sachverhalts handle (S. 2).

E. 2.2

Dagegen wandte der Versicherte in seiner Beschwerdeschrift (Urk. 1) im Wesentlichen ein, dass er mit der psychiatrischen Diagnosestellung und der entsprechenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im von der IV-Stelle eingeholten Z. ___ -Gutachten nicht einverstanden sei. Er mache geltend, dass sowohl eine rezidivierende depressive Störung - gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F.33.11) - als auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) bestehe. Gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin sei der Beschwerdeführer bloss noch zu 50 % arbeitsfähig (S. 4).

Ferner erstaune, dass es die IV-Stelle unterlassen habe, bei der behandelnden Psychiaterin einen Arztbericht einzuholen, obwohl die Grundlagen der Zusammenarbeit zwischen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich und den Mitgliedern der A. ___ dies vorsehen würden. Der Sachverhalt sei daher unvollständig abgeklärt worden und es könne nicht gesagt werden, das Gutachten sei unter Berücksichtigung sämtlicher Vorakten beziehungsweise der Anamnese ergangen. Die Beschwerdeführerin habe es auch unterlassen, den im Vorbescheidverfahren eingereichten Arztbericht dem psychiatrischen Gutachter zur Stellungnahme zuzustellen. Angesichts der

im Bericht genannten konkreten psychosozialen Umstände, welche den Schluss auf das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung zulassen würden, hätte sich die IV-Stelle allerdings dazu veranlasst sehen sollen (Urk. 1 S. 4 f.). Auch wenn der gesamte Beschwerdevortrag über alle Teilgutachten aufgesetzt und bewusst seinsnah demonstrativ imponiert haben möge, könne daraus nicht auf das Fehlen einer somatoformen Schmerzstörung geschlossen werden, da bei diesen Störungen häufig ein gewisses aufmerksamkeitsuchendes Verhalten bestehe. Es gelte ferner zu berücksichtigen, dass der Versicherte aus einem Kulturkreis stamme, in welchem es üblich sei, körperliche Beschwerden demonstrativ vorzutragen, um diesbezüglich überhaupt Beachtung zu finden. Es könne in diesem Zusammenhang jedoch keinesfalls auf Aggravation oder Simulation der geklagten Beschwerden geschlossen werden. Hinzu komme, dass der psychiatrische Gutachter seine Feststellung gänzlich unwürdigt gelassen habe, wonach der Beschwerdeführer emotional unbeteiligt wirke. Ebenso habe er sich nicht zur inzwischen langzeitlichen Einnahme der Antidepressiva geäussert (S. 7 f.).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Dezember 2015 (Urk. 8) hielt die IV Stelle dafür, dass keine Gründe bestehen würden, am Z.____-Gutachten zu zweifeln, da dieses in jeglicher Hinsicht den vom Bundesgericht geforderten Kriterien entspreche, um als beweistaugliche Grundlage für eine recht mässige Beurteilung der Invalidität zu dienen (S. 1). Der massgebende Sachverhalt sei vollständig abgeklärt und das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung geprüft worden. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht wesentlich schmerzgeplagt gewirkt. Definitionsgemäss würden in Bezug auf somatoforme Schmerzstörungen allerdings Beeinträchtigungen der Alltagsfunktionen vorausgesetzt. Insbesondere werde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz verlangt. Beim Versicherten sei jedoch lediglich aggravierendes und demonstratives Klagen festgestellt worden, das im affektiven Rapport nie als echter Leidensdruck

spürbar gewesen sei. Die abweichende Meinung der behandelnden Psychiaterin sei zudem aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung mit Vorbehalt zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Im Weiteren könne eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nie ermessensfrei erfolgen, weshalb es nicht angehe, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 4.2 mit Hinweisen; zum Ganzen Urk.

E. 2.4

In seiner Replik vom 25. April 2016 (Urk. 16) entgegnete der Beschwerdeführer unter Beilage einer weiteren Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin (Urk. 17), dass sich deren Wahrnehmungen und diejenigen des psychiatrischen Gutachters diametral gegenüberstünden. Die Ausführungen in der Expertise seien dementsprechend wenig glaubwürdig (Urk. 16 S. 2). Des Weiteren sei auf das bundesgerichtliche Urteil 9C_148/2012 E. 2.2.4 zu verweisen, worin festgehalten worden sei, dass ein sozialer Rückzug stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen sei. Bezogen auf den Versicherten, welcher mit einem Pensum von 50% als Bäcker arbeitstätig sei, müsse dies bedeuten, dass der Schweregrad der geltend gemachten somatoformen Schmerzstörung nicht derart erheblich sein könne wie bei einer Person, die gänzlich arbeitsunfähig sei. Dass der Beschwerdeführer in seinen Alltagsfunktionen eingeschränkt sei, ergebe sich aus dem Gutachten und spreche für das Vorhandensein einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 16 S. 3). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stellt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar:

Im August 2004 stürzte der Versicherte während der Arbeit auf das Gesäss und zog sich eine Fraktur des Steissbeins zu, welche konservativ behandelt wurde (Urk. 9/3/16 +21 f. +24 f.+31;

Urk. 9/9/11). Nach dem Auftreten akuter Rückenschmerzen im Februar 2005 führte eine MRI-Untersuchung zusätzlich zu den folgenden Befunden (Urk. 9/3/15): - Degenerative Osteochondrose L4/5 mit kleiner medianer Diskusherniation sowie einer assoziierten Duralsackkompression ohne neuroforaminale Einengung - Mässige Osteochondrose L5/S1 ohne Diskusprotrusion oder Herniation - Regelrechte Darstellung des Os sacrum und der

Iliosakralgelenke beid seits ohne Raumforderung oder [neue] Fraktur 3.2

Am 27. Dezember 2011 kollidierte der Beschwerdeführer mit einem anderen Fahrzeug und begab sich hiernach selbst notfallmässig ins Spital B.____. Mittels Röntgenuntersuchung konnten keine Läsionen der Brust- und Halswirbelsäule festgestellt werden (Urk. 9/4/ 97+107+113+129). Der Versicherte litt nach dem Unfall allerdings an Schmerzen im Nacken-, Schulter-, Rücken- und Brustbereich sowie an Schwindel und Bewegungseinschränkungen des Kopfes beim Drehen (Urk. 9/4/97). Nachdem sich die Symptomatik trotz Physiotherapie nicht gebessert hatte und eine versuchte Wiederaufnahme der Arbeit infolge der Schmerzzunahme abgebrochen werden musste, wurde dem Beschwerdeführer ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik C.____ empfohlen (Urk. 9/4/94 f.). Deren Austrittsbericht vom 2. Mai 2012 lassen sich im Kern die folgenden Diagnosen entnehmen (Urk. 9/4/61): - Halswirbelsäulen-Distorsion - Zervikospondylogenes Schmerzsyndrom - Lumbalgie (unfallfremd) - Depressive Episode leicht- bis mittelgradiger Ausprägung (ICD-10 F32.1; bei Austritt gebessert)

Weiter wurde festgehalten, dass die vom Versicherten geschilderten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule rein somatisch-medizinisch nur ungenügend erklärbar seien und die Symptomatik im Rahmen einer erheblichen Symptomausweitung mit ausgeprägtem Schon- und Schmerzvermeidungsverhalten deutlich überlagert werde. Die Beschreibung der Schmerzen sei undifferenziert, das Schmerzverhalten nicht adäquat und die Konsistenz schlecht gewesen. Das Verhalten bezüglich Rehabilitation sei als negativ zu werten (Urk. 9/4/63). 3.3

Vom 9. bis 26. Mai 2012 wurde der Beschwerdeführer sodann infolge der im Verlauf progredienten lumbospondylogenen Problematik stationär im Spital B.____ behandelt. Die etablierte Pharmakotherapie habe keinen durchschlagenden Effekt gezeigt. Im Rahmen der Physiotherapie habe sich eine ausgeprägte Selbstlimitierung mit Schonverhalten feststellen lassen, was zu einer Schmerzzunahme im Halswirbelsäulenbereich geführt habe. Auf eine Infiltration sei verzichtet und bei schon fortgeschrittenem Stadium der Schmerzchronifizierung eine erneute Rehabilitation empfohlen worden (Urk. 9/4/ 15+ 19). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin mit Spezialisierung Rheumatologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 7. November 2012. Im Wesentlichen diagnostizierte er ein cervikospondylogenes Schmerzsyndrom sowie ein rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom (Urk. 9/16/7). Als grundsätzlich ungünstig stufte

Dr. D.____

körperlich schwere Arbeiten mit häufigem Heben und Tragen schwerer Gewichte, länger dauernde Tätigkeiten in einer unergonomischen Rückenstellung ohne die Möglichkeit zur Einnahme von Entlastungshaltungen sowie stereotype Belastungen des rechten Schultergürtels und Arbeiten, welche eine freie schmerzlose Kopfdrotation in sämtliche Richtungen voraussetzen würden, ein. Alle Tätigkeiten mit Ausnahme dieser Einschränkungen könnten in einem Pensum von 80 % ausgeübt werden, um den regelmässigen Besuch von Behandlungen zu ermöglichen (Urk. 9/16/10 f.). 3.5

Der Beschwerdeführer wurde zudem am 6. November 2013 durch Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. F.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, begutachtet (Urk.

9/21).

Dr. E.____ konnte kein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Es liege eine emotionale Reaktion (Enttäuschung) auf die Kündigung der Arbeitsstelle vor (ICD-10 F43.23). Der Versicherte habe sich mit keinem Wort als traurig, bedrückt oder gar depressiv bezeichnet. Erst auf Nachfrage habe er eine eher gedämpfte Stimmungslage zufolge der Schmerzen bestätigt. Hauptaffekt sei jedoch die Enttäuschung über die Kündigung nach 13-jährigem Einsatz für den Betrieb trotz der Schmerzen. Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung lägen keine vor (Urk. 9/21/6 f.). Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten (Urk. 9/21/8 f.).

Dr. F.____ stellte nach eingehender Begutachtung im Wesentlichen die nach stehenden Diagnosen (Urk. 9/21/16): - Chronisch rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter Rumpfmuskulatur - Beginnende degenerative Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule - Zunehmende Dekonditionierung - Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates bei zunehmendem Körpergewicht - Ganglion rechtes Handgelenk beugeseitig radial

Dringend notwendig seien eine deutliche Gewichtsreduktion und eine vermehrte körperliche Aktivität. Aus orthopädischer Sicht ergebe sich ab sofort für körperlich leichte Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Nach erfolgreicher Durchführung der vorgeschlagenen Therapiemassnahmen mit Fortführung sportlicher Freizeitaktivität werde sich auch binnen sechs bis acht Wochen für mittelschwere und gelegentlich schwere Tätigkeiten ein vollzeitiges Arbeitsvermögen ergeben (Urk. 9/21/17). 3.6

Mit Schreiben vom 4. Februar 2014 nahm die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zum Gutachten von Dr. E.____ Stellung. Der Beschwerdeführer sei bei ihr aufgrund anhaltender depressiver Symptomatik und somatoformer

Schmerzstörung in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Seit dem Erhalt der Kündigung im November 2013 sowie erneutem Befund einer Diskushernie sei gesamthaft eine deutliche Verschlechterung der physischen und psychischen Befindlichkeit zu verzeichnen, sodass derzeit und vermutlich auch mittelfristig von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Neben der Schmerzsymptomatik bestünden mit teilsgradige bis schwere depressive Symptome mit eingeschränktem Affekt, vermindertem Antrieb, Schlaf- und Konzentrationsschwierigkeiten, Lust- und Interesselosigkeit, Hoffnungslosigkeit und auch intermittierenden Suizidgedanken. Gesamthaft bestehe ein grosser Leidensdruck (Urk. 9/31/25). 3.7

Dr. E.____ hielt in der Folge mit Stellungnahme vom 26. Februar 2014 an seiner Beurteilung vom 6. November 2013 fest, wonach kein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. E. 3.5). Er wies insbesondere auf das aggravierende und demonstrative Verhalten des Versicherten hin, das im affektiven Rapport nie als echter Leidensdruck spürbar geworden sei und diskrepant zur sonstigen, relativ unauffälligen Mimik und Stimmung sowie auch verbal formulierten sowie objektivierbaren Symptomatik gestanden habe. Ferner hätten sich die von Dr. G.____ angeführten Tatsachen (Kündigung; Befund einer Diskushernie) nicht erst nach der Begutachtung ereignet und seien demnach berücksichtigt worden (Urk. 9/31/21). 3.8

Im Rahmen der Erstellung des Z.____ -Gutachtens wurde der Beschwerdeführer internistisch, neurologisch, orthopädisch und psychiatrisch untersucht. Dabei kamen die Gutachter gemeinsam zum Schluss, dessen Arbeitsfähigkeit sei in der zuletzt ausgeübten sowie in jedweder vergleichbaren oder auch anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts per sofort mit 100 % zu bewerten (Urk. 9/55/35).

Aus internistischer Sicht wurde eine Hyperlipidämie diagnostiziert (Urk. 9/55/19). Internistische Störungssymptome seien vom Versicherten nicht genannt worden und es zeige sich auch keine behinderungsrelevante Auffälligkeit. Hinsichtlich der geschilderten Beschwerdesymptomatik seien die Disziplinen Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie wesentlich (Urk. 9/55/20).

Der begutachtende Neurologe konnte keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule oder der paravertebralen Strukturen feststellen. Die körperliche Untersuchung sei vor allem durch eine bewusstseinsnahe, demonstrative und mangelhafte Mitarbeit geprägt gewesen. Ein gravierender Schonsitz oder eine wesentliche Schonhaltung seien nicht zu beobachten gewesen, allenfalls bestehe ein leichtgradiger Schongang. Die veranlasste Kernspintomographie der Wirbelsäule zeige eine geringgradige Signalstörung im Bereich der Nervenwurzel von S1 links und keine namhafte zervikale Läsion. Insgesamt ergebe sich kein ausreichender Beleg für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Gesundheitsstörung (Urk. 9/55/25).

Von orthopädischer Seite betrachtet sei eine sehr demonstrative Leidensschilderung zervikaler und lumbaler Beschwerden aufgefallen. Der fachspezifische orthopädische Befund im Bereich der Lendenwirbelsäule zeige eine minimale Bewegungseinschränkung in allen Ebenen. Eine radikuläre

Defizitsymptomatik im Bereich der unteren Extremitäten könne nicht erhoben werden. Für die vom Versicherten geklagten Sensibilitätsstörungen im gesamten linken Bein gebe es keine hinreichende Erklärung. Die spontanen Kopfbewegungen seien frei und ungehindert. Namhafte strukturelle orthopädische Läsionen seien somit klinisch und bildmorphologisch nicht ausreichend belegt. Eine bedeutende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestieren. Sinnvoll seien eine Gewichtsreduktion und physiotherapeutische Übungen in Eigenregie (Urk. 9/55/29).

Aus psychiatrischer Sicht würden sich ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finden lassen. Der Beschwerdeführer habe über ein chronisches Schmerzsyndrom, eine depressive Verstimmung, eine Antriebsminderung, eine innere Unruhe und Reizbarkeit sowie Schlafstörungen und gastrointestinale Beschwerden berichtet. Im Gegensatz zur recht demonstrativ und emotional unbeteiligt wirkenden Beschwerdeschilderung hätten sich im Befund jedoch keine wesentlichen Beeinträchtigungen von Stimmung, Affektivität oder Antrieb objektivieren lassen, sodass das Vorliegen eines relevanten depressiven Syndroms nicht wahrscheinlich sei. Auch eine Traumafolgestörung liege nicht vor. Eine somatoforme Schmerzstörung erscheine ebenso unwahrscheinlich. Der Versicherte habe einerseits während der Untersuchung nicht wesentlich schmerzgeplagt gewirkt und andererseits habe sich ein zugrunde liegender unbewältigter seelischer Konflikt respektive eine mit der Symptombildung assoziierte erhebliche psychosoziale Belastungssituation nicht anamnestisch darstellen lassen. Auch falle die emotional unbeteiligte Darstellung des Versicherten auf. Zusammenfassend liege

keine psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Der Beschwerdeführer stehe in ambulanter, niederfrequenter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Eine Therapieintensivierung werde offenbar von der behandelnden Psychiaterin nicht für notwendig erachtet, was ebenfalls gegen eine höher gradige psychische Beeinträchtigung spreche (Urk. 9/55/34 f.). 3.9

Dr. G.____ bezog mit undatiertem Schreiben Stellung zum Z.____ -Gutachten (Urk. 9/78) . Als Diagnosen benannte sie eine rezidivierende depressive Störung - gegenwärtig mittelgradige Episode - mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41). Der Versicherte arbeite seit dem 1. Dezember 2014 zu 50 % in einer Bäckerei. Die Arbeit diene zur kurzzeitigen Ablenkung eigener Beschwerden und fördere soziale Kontakte ausserhalb der Familie, weshalb sie für den Versicherten als wichtige Ressource anzusehen sei. Unter der aktuellen Medikation sei die depressive Symptomatik derzeit auf einem Niveau, das eine Arbeit mit 50%igem Pensum erlaube. Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit könne aktuell und mittelfristig nicht gerechnet werden (Urk. 9/78/1).

Zum Zeitpunkt der Z.____ -Begutachtung sei der Versicherte unter antidepressiver Medikation gestanden und das Ausmass der depressiven Störung sei im Laufe der vergangenen Jahre wechselhaft gewesen. Hinsichtlich der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz über sechs Monate hinweg, welcher durch physiologische Prozesse oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärbar sei und mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftrete. Der Beschwerdeführer leide unter ständigen Schmerzen, welche physiologisch nicht vollumfänglich erklärbar seien. Dieses Beschwerdebild habe sich nach Erhalt der Kündigung im November 2012 (richtig: 2013; Urk. 9/33/11) noch weiter verstärkt. Bei in der Kindheit erlebter schwieriger Beziehung zu den Eltern und vier erlittenen Autounfällen seien vor allem die Schuldgefühle gegenüber der Ehefrau - welcher es seit dem Unfall im Jahr 2005 nicht gut gehe (chronische Schmerzen, Angstattacken) - als wesentlicher emotionaler Konflikt im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu erachten. Der Versicherte mache sich Vorwürfe, dass er damals mit seiner Ehefrau nicht zum Arzt gegangen sei (Urk. 9/78/2). 4. 4.1

Strittig ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf das Z.____ -Gutachten vom 1. April 2015 einen Rentenanspruch verneint und den medizinischen Sachverhalt namentlich im Hinblick auf eine mittelgradige Depression sowie eine somatoforme Schmerzstörung vollständig abgeklärt hat (vgl. E. 2.1 ff.). 4.2

Das Z.____ -Gutachten vom 1. April 2015 (Urk. 9/55; E. 3.8) basiert auf umfassenden internistischen, neurologischen, orthopädischen sowie psychiatrischen Untersuchungen. Es wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 9/55/2-15). Der Versicherte konnte gegenüber den Gutachtern seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils fachspezifisch eingehend befragt (Urk. 9/55/16 ff.; Urk. 9/55/20 f.; Urk. 9/55/ 25 f.; Urk. 9/55/30 ff.).

Sodann fanden die geklagten Leiden im Rahmen der Erhebung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei diese sowie die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 9/55/20; Urk. 9/55/25; Urk. 9/55/29; Urk. 9/55/34 f.). Im Weiteren erfolgte eine

ausführliche und schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 9/55/36-42). Insgesamt erfüllt die polydisziplinäre Expertise der Z.____ AG somit sämtliche praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. E. 1.5). 4.3

Die Kritik des Beschwerdeführers am Z.____ -Gutachten betrifft die psychiatrische Diagnosestellung und die entsprechende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (vgl. E. 2.2). So rügt der Versicherte, dass es die IV-Stelle unterlassen habe, bei der behandelnden Psychiaterin einen Arztbericht einzuholen, weshalb der Sachverhalt unvollständig abgeklärt worden sei (Urk. 1 S. 4).

Die wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestiche Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 sowie 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann daher aus dem Umstand, dass von der IV-Stelle respektive vom psychiatrischen Gutachter kein Bericht der behandelnden Psychiaterin beigezogen wurde, nicht schon auf eine fehlende Beweiskraft der Expertise geschlossen werden. Der Versicherte merkt im Weiteren selbst an, dass sich die Gutachter mit dem Schreiben von Dr. G.____ vom 4. Februar 2014 befasst haben (Urk. 1 S. 5; Urk. 9/55/14+41).

Bereits zu jenem Zeitpunkt verwies diese insbesondere

unter Hinweis auf cervicocephale Schmerzen mit Schwindel sowie Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten auf eine depressive Symptomatik und eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 9/31/25; E. 3.6; vgl. auch Urk. 9/78; E. 3.9). Zusätzlich ging sie davon aus, dass vermutlich mittelfristig eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Sowohl die von der behandelnden Psychiaterin gestellten Diagnosen als auch deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit waren den Gutachtern somit hinlänglich bekannt, weshalb der Einwand des Versicherten ebenfalls fehlgeht. 4.4

Die weiteren

Einwände des Beschwerdeführers betreffen

zur Hauptsache die Feststellung des medizinischen Sachverhalts im Kontext mit

einer mittelgradigen Depression und einer

somatoformen Schmerzstörung. So würden wesentliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass beim Versicherten entgegen der gutachterlichen Annahme ein somatoformes Schmerzgeschehen vorliege und er darüber hinaus nach wie vor an einer mittelgradigen depressiven Störung leide, von welcher nicht von vorne weg gesagt werden könne, dass diese sich nicht invalidisierend auswirke. Es ergebe sich aus den Akten, dass diese Erkrankung bereits seit mehr als einem Jahr bestehe und der Beschwerdeführer trotz regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung sowie Einnahme von entsprechenden Psychopharmaka nach wie vor dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit

beeinträchtigt sei (Urk. 1 S. 8). 4.4.1

In Bezug auf die geltend gemachte somatoforme Schmerzstörung ist vorerst darauf aufmerksam zu machen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken und schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, wobei das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist allerdings blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

Vorliegend ist augenfällig, dass sich ein ausgeprägtes Schonverhalten, Selbstlimitierung und demonstratives Schmerzgebaren wie ein roter Faden durch die Krankheitsgeschichte des Beschwerdeführers zieht und von verschiedenen Ärzten unabhängig voneinander festgestellt werden konnte (Urk. 9/3/6; Urk. 9/4/15 f.; Urk. 9/4/19; Urk. 9/4/35+38; Urk. 9/16/5; Urk. 9/21/5; Urk. 9/31/21; Urk. 9/55/22+25+29+34 f.).

Dieses Verhalten kann angesichts der konkreten Umstände nicht als blosses verdeutlichendes Verhalten qualifiziert werden, da in den genannten Aktenstücken mehrfach auf die Ausprägtheit respektive Erheblichkeit der Symptomausweitung hingewiesen wurde.

Als Erklärung oder Rechtfertigung hierfür kann entgegen der Behauptung des Versicherten auch nicht dessen Abstammung aus einem anderen Kulturkreis herangezogen werden (Urk. 1 S. 7), zumal er nun bereits seit rund 29 Jahren in der Schweiz lebt (Urk. 9/55/18) und mittlerweile mit den hiesigen Gepflogenheiten bestens vertraut sein sollte.

Ausserdem fällt auf, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Z.____-Begutachtung hinsichtlich des Schweregrades der Schmerzen recht unterschiedliche Angaben gemacht hat, obwohl sich die Schmerzen meist auf dem gleichen Niveau bewegen würden (Urk. 9/55/16). Auf einer fiktiven Skala von 0 bis 10 (0=

kein Schmerz, 10 = maximaler Schmerz) legte er die durchschnittliche Schmerzintensität einmal auf 5 (Urk. 9/55/31), ein zweites Mal auf 6 bis 7 (Urk. 9/55/16) und ein drittes Mal auf 8 bis 9 (Urk. 9/55/26) fest, was gegen das Vorliegen eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes (vgl. E. 2.3 und 3.9) spricht. Im Weiteren nimmt der Beschwerdeführer zwar gemäss eigenen Angaben Medikamente ein und steht in psychiatrischer und physiotherapeutischer Behandlung (Urk. 9/55/18+30 f.). Die psychiatrische Therapie bei Dr. G.____ besucht er jedoch nur alle zwei bis drei Wochen (Urk. 9/55/30).

Schliesslich bleibt anzumerken, dass er zu 50 % erwerbstätig ist (vgl. E. 3.9), zusammen mit der Ehefrau und den drei Söhnen den Haushalt führt (Urk. 9/55/18+32), Kontakt zu seiner übrigen Familie - namentlich den Geschwistern - pflegt (Urk. 9/55/31) und auch ein Freundeskreis vorhanden ist (Urk. 9/55/32). Das psychosoziale Umfeld ist vor diesem Hintergrund durchaus intakt und der Alltag des Versicherten erscheint trotz geltend gemachter Gesundheitsschädigung nicht erheblich eingeschränkt. All diese Punkte sprechen gegen das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung.

Hiervon abgesehen

stimmt die psychiatrische Einschätzung im Z.____ -Gutachten, wonach keine somatoforme Schmerzstörung attestiert werden könne, insbesondere mit der Beurteilung von Dr. E.____ überein. Jener wies darauf hin, dass im affektiven Rapport nie ein echter Leidensdruck spürbar gewesen sei und das demonstrative Verhalten des Beschwerdeführers diskrepant zur relativ unauffälligen Mimik und Stimmung gestanden habe (vgl. E. 3.7) . Gemäss Z.____ -Gutachten sei der Versicherte ebenfalls nicht wesentlich schmerzgeplagt in Erscheinung getreten und die emotional unbeteiligte Darstellung aufgefallen (vgl. E. 3.8). Auch angesichts dieser kongruenten Feststellungen besteht folglich kein Anlass, an der Diagnosestellung im Z.____ -Gutachten zu zweifeln.

Im Übrigen bleibt auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte psychosoziale Belastungssituation einzugehen, welche der somatoformen

Schmerzstörung zugrunde liege. Unter Bezugnahme auf das undatierte Schreiben von Dr. G.____ (Urk. 9/78; E. 3.9) ist der Versicherte der Meinung, dass dem Z.____ -Gutachten nicht entnommen werden könne, dass er explizit nach den bei ihm vorhandenen psychosozialen Belastungssituationen befragt worden sei, weswegen das Gutachten unvollständig sei. Relevant seien namentlich die Schuldgefühle gegenüber seiner Ehefrau und der Umstand, dass er nach lange ausgeübter und geschätzter Arbeit im November 2013 die Kündigung von der Y.____ AG erhalten habe (Urk. 1 S. 6).

Dr. G.____ wies zudem auf die in der Kindheit erlebte schwierige Beziehung zu den Eltern hin (vgl. E. 3.9).

Aus dem Z.____ -Gutachten geht hervor, dass der Beschwerdeführer sehr wohl im Rahmen der Anamnese zur familiären und beruflichen Lage befragt wurde und somit Gelegenheit erhielt, über belastende Situationen Auskunft zu geben. Insbesondere gab er an, eine gute Kindheit gehabt zu haben und verneinte explizit Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen (Urk. 9/55/18+32) . Eheleiche Probleme lägen ebenfalls nicht vor (Urk. 9/55/32) und soweit ersichtlich hat sich der Versicherte auch - ausser offenbar gegenüber Dr. G.____ - nie dahingehend geäußert, dass er Schuldgefühle gegenüber seiner Ehefrau hege (vgl. auch Urk. 9/55/34 f.) . In Bezug auf die erhaltene Kündigung gab er im November 2013 anlässlich der Begutachtung durch Dr. E.____ seiner Enttäuschung zwar Ausdruck, verneinte aber gleichzeitig eine in diesem Zusammenhang existierende Frustration oder Wut (Urk. 9/21/4). Die genannte Enttäuschung wurde vom Beschwerdeführer dann jedoch gegenüber den Z.____ -Gutachtern nicht mehr erwähnt (vgl.

Urk. 9/55/18+32), was nicht abwegig erscheint, da die Kündigung bereits einige Monate zurücklag (vgl. Urk. 9/33/11) und der Versicherte inzwischen zeitlich eine neue Anstellung in einer Bäckerei gefunden hatte (vgl.

E.

3.9). Seine Rüge der unvollständigen Sachverhaltsfeststellung ist nach dem Gesagten somit unbegründet, wobei der Vollständigkeit halber noch anzufügen bleibt, dass das klinische Beschwerdebild ohnehin nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, um als invalidisierender Gesundheitsschaden in Betracht zu kommen (vgl. E. 1.3). 4.4.2

In Bezug auf die von Dr. G.____ diagnostizierte mittelgradige depressive Störung weist der Beschwerdeführer zwar korrekt darauf hin, dass es nicht aus Prinzip ausgeschlossen ist ,

dass sich eine solche invalidisierend auswirkt (Urk. 1 S. 8). Dies bedingt jedoch gemäss ständiger bundesgerichtlicher Rechtsprechung, dass sich die Erkrankung bei optimaler Ausschöpfung der Behandlungsmethoden als therapieresistent erweist (statt vieler BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Diese Voraussetzung ist im konkreten Fall nicht erfüllt, da die ambulanten psychiatrischen

Behandlungen

einerseits in relativ niedriger Frequenz alle zwei bis drei Wochen erfolgen (E. 4.4.1) und andererseits eine Intensivierung zumutbar wäre, jedoch der Beschwerdeführer diese nicht als notwendig erachtet (Urk. 9/55/35).

Indem er auf die Behandlungserfolge von Dr. G.____ hinweist scheint er ferner auch selbst nicht der Ansicht zu sein, dass sie in Leiden therapieresistent sei (Urk. 1 S. 8). Davon abgesehen ist jedenfalls ohnehin nochmals klarzustellen, dass im Z.____-Gutachten in schlüssiger Weise das Vorliegen einer Depression verneint wurde, was wiederum mit den Feststellungen von Dr. E.____

übereinstimmt (vgl. E. 3.5).

4.4.3

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die Rügen des Beschwerdeführers als unbegründet erweisen und dem überzeugenden Z.____-Gutachten volle Beweiskraft zukommt. In diesem Sinne ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass im konkreten Fall kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt (vgl. E. 3.8). Die Ausführungen des Versicherten und dessen behandelnder Psychiaterin erweisen sich demgegenüber als nicht stichhaltig, wobei Letztere aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung mit Vorbehalt zu würdigen sind, wie die Beschwerdegegnerin berechtigterweise vorbrachte (vgl. E. 2.3).

Es besteht ausserdem kein begründeter Anlass für weitere medizinische Abklärungen.

Aus dem Gesagten ergibt sich somit, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) zu Recht keine Invalidenrente zugesprochen hat, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 5

E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl.

Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 8

00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Inclusion Handicap - 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 Der Gerichtsschreiber Grünig Würsch

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