

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01199 vom 31. Oktober 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01199](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01199)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01199 du 31 octobre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01199 del 31 ottobre 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1963, war von 1997 bis 2014 als Gruppenleiter bei der Y.\_\_\_\_ tätig (Urk. 7/1 Ziff. 2.1). Unter Hinweis auf einen Wirbelsäulenschaden mit starken schmerzhaften Rückenproblemen meldete er sich am 26. August 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) bei (Urk. 7/6) und veranlasste ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 2. Februar 2015 erstattet wurde (Urk. 7/32).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/33-45, Urk. 7/48) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/49 = Urk. 2) einen Rentenanspruch.

### **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). 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. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

### **E. 1.3**

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).

#### **E. 1.4**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 19. November 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Oktober 2015 (Urk. 2) und beantragte, es sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen, eventuell seien berufliche Massnahmen durchzuführen oder die Angelegenheit zur Vornahme einer funktionsorientierten Begutachtung zurück zuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2016 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8. April 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass der Beschwerdeführer von Oktober 2012 bis Juni 2013 arbeitsunfähig gewesen sei. Ab Juli 2013 könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Das benötigte

Wartejahr sei somit nicht erfüllt. Es sei kein Leistungsanspruch gegeben. Das Gutachten sei anhand der im Februar 2015 aktuellen Rechtspraxis erstellt worden. Somit habe die neue Rechtsprechung nicht berücksichtigt werden können. Auf das Gutachten könne aus näher genannten Gründen (Urk. 2 S. 2) abgestellt werden.

## **E. 2.2**

Demgegenüber vertritt der Beschwerdeführer aus näher genannten Gründen (Urk. 1 S. 4 ff.) den Standpunkt, dass nicht auf das Gutachten abgestellt werden könne.

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und ob zur Beantwortung dieser Frage auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten abgestellt werden kann. 3. 3.1

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, und Dr. med. A.\_\_\_\_, Assistenzarzt, B.\_\_\_\_, führten in ihrem Bericht vom 18. September 2013 (Urk. 7/8/5-6) aus, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2012 bei ihnen in Behandlung stehe und nannten als Diagnose eine Lumboischialgie beidseits mit Pseudo-Radikulopathie rechts bei bekannter grösseren Degeneration der Diskushernie L4/5 mit Nervenwurzelkompression L5 rechts (MRI September 2012 und Juli 2013; S. 5). Es sei durch sie keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der Beschwerdeführer sei aufgrund von starken Schmerzen im Alltag eingeschränkt. Sobald die Schmerzen regredient seien, könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden (S. 6). 3.2

Die Ärzte des C.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, führten im Bericht vom 6. November 2013 (Urk. 7/14) aus, dass der Beschwerdeführer vom 10. Oktober bis 30. Oktober 2013 in der Klinik für Rheumatologie hospitalisiert gewesen sei und nannten die folgenden Diagnosen: - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont - segmentale Dysfunktion L5/S1 mit Fehlhaltung bei Hyperlordose, mit sekundären myofaszialen Befunden musculus quadratus lumborum und tractus iliotibialis, residuell Hypästhesie lateraler Oberschenkel und Unterschenkel rechts - Bildgebung - MRI Lendenwirbelsäule September 2012: subtotale Spinalstenose L4/5 bei grosser paramedianer rechtsseitiger Diskusprotrusion - MRI Lendenwirbelsäule Oktober 2013 (O.\_\_\_\_): Spinalkanal frei, unauffällige diskoligamentäre Strukturen ohne Hinweise für Neurokompression, die Diskusprotrusion L4/5 ist vollständig resorbiert, Osteochondrose L5/S1 und Flüssigkeitssaum der Facettengelenke L5/S1 beidseits - Therapie - CT-gesteuertes EDI September und Oktober 2012: circa 40 % Schmerzreduktion, keine Ruheschmerzen mehr - Infiltration Beckenkamm beidseits Oktober 2013: Schmerzverbesserung während 20 Minuten - CT-gesteuerte Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits Juli 2013: kein Ansprechen - BV-gesteuerte Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits Oktober 2013: kein Ansprechen - Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung 93.38.02 - somatoforme Schmerzstörung mit depressiver Entwicklung, ICD-10 F45.4 - Medikation mit Trittico seit August 2013 und Fluoxetin seit Januar 2013 - koronare 2-Gefässerkrankung - Status nach anteroapikalem STEMI (CK Max. 2946 U/l) im November 2008 - Akutkoronarangiographie November 2008: PCI/Stent (DES) bei subtotaler proximaler RIVA-Stenose, mittlere 50% RCA-Stenose - Echo August 2008: normal grosser linker Ventrikel, LVEF 61 %, Hypokinesie anterior basal und midventrikulär - kardiovaskuläre Risikofaktoren (cvRF): Status nach Nikotinabusus, prädiabetische Stoffwechsellage, Adipositas (BMI 33kg/m<sup>2</sup>) - Vitamin D Mangel (8 ug/l) - aktuell Substitution

Beim Beschwerdeführer habe im September 2012 ein akutes bis subakutes lumbales radikuläres Reizsyndrom L5 rechtsbetont beziehungsweise symptomatische Spinalstenose bei MR-graphischer Darstellung einer grossen, rechts paramedianen Diskushernie L4/5 mit subtotaler Spinalstenose auf dieser Höhe bestanden, mit Erstmanifestation nach einem „Fehltritt“ ähnlichen Ereignis, als der Sattel des Fahrradergometers eingesackt sei (S. 1 unten, S. 2 oben). Auf grund des pro trahierten Verlaufs sei eine psychiatrische Mitbeurteilung erfolgt, wo die Diagnose einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung mit depressiver Entwicklung diagnostiziert worden sei. Der Beschwerdeführer habe sich weiterhin als schuldzuweisend/-suchend präsentiert und habe hohe Erwartungen an die durch das Spital durchgeführte Rehabilitation gehabt, welche nicht erfüllt werden können (S. 2 Mitte). 3.3

Dr. med. D. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 25. November 2013 (Urk. 7/13) aus, dass er den Beschwerdeführer von Juli 2012 bis März 2013 behandelt habe (Ziff. 1.2) und nannte die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - symptomatisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom - MRI Juni und Oktober 2013; grössenregrediente Diskushernie L4/5 mit fraglichem Kontakt zur L5 Wurzel - Status nach Infiltration Juli 2013 und mehrmonatige Therapie O. \_\_ - grosse Diskushernie mit Kompression L5 rechts stärker als links - (eventuell) ausgelöst durch Unfall während Ergometrie 11. Juni 2012

Der Beschwerdeführer sei am 11. Juni 2012 kurz nach einer Ergometrie im C. \_\_ vom Stuhl herabgefallen und habe daraufhin therapieresistente Schmerzen entwickelt. Weitere Fragen könnten nicht beantwortet werden, da er den Beschwerdeführer seit März 2013 nicht mehr behandle (S. 2 Ziff. 1.4). 3.4

Am 2. Februar 2015 erstatteten die Ärzte des E. \_\_ im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein Gutachten (Urk. 7/32/1-19). Sie stützten sich dabei auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.) und die am 12. Dezember 2014, 17. Dezember 2014 und 13. Januar 2015 erfolgten Untersuchungen, über welche in Teilgutachten psychiatrischer (Urk. 7/32/30-37), orthopädischer (Urk. 7/32/20-29) und internistischer (Urk. 7/32/38-47) Richtung berichtet wurde.

Die Gutachter nannten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 lit. F1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) nannten sie (S. 14 lit. F2): - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne radikuläre Symptomatik - retropatellares Schmerzsyndrom beidseits bei freier Funktion - koronare Herzerkrankung mit Status nach anterolateralem Myokardinfarkt am 3. November 2008 - Akut-PCI/Stent (DES) einer subtotalen proximalen RIVA-Stenose am 3. November 2008. Belassen einer 50%igen RCA-Stenose im mittleren Abschnitt - Echokardiographie von Dezember 2008: Normal grosse LVEF von 61 % und anterobasaler Hypokinesie - aktuell am 17. Dezember 2014 echokardiographisch normale LV-Funktion und fehlender Ischämienachweis in der Fahrradergometrie - zumindest akzentuierte Persönlichkeit mit vor allem abhängig ängstlichen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61) - chronifizierende Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41)

Im orthopädisch-traumatologischen Gutachten wurde ausgeführt, dass die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gruppenleiter in der Produktion für mehr als acht Stunden pro Tag gegeben sei. Zu vermeiden sei jedoch eine Tätigkeit in ständiger Kälte, so

dass der letzte Arbeitsplatz insofern als ungeeignet angesehen werden müsse (S. 11 Mitte).

Im psychiatrischen Gutachten wurde ausgeführt, dass sich bei der aktuellen Untersuchung ein persönlichkeitsauffälliger Versicherter mit histrionischen und ängstlich abhängigen Tendenzen gezeigt habe, während Hinweise auf eine eigentliche depressive Auslenkung nicht mehr vorhanden gewesen seien. In den Vordergrund der Beschwerdeproblematik werde vom Versicherten eine lumbale Schmerzproblematik mit Ausweitungscharakter gestellt, zudem die Entwicklung massiver Kopfschmerzen. Gleichzeitig seien im Gefolge der Schmerzproblematik ausgeprägte kognitive Beeinträchtigungen vorgebracht worden. Insgesamt werde aber eine Verbesserung der Schmerzproblematik seit Beginn um 50 % angegeben, eine Überwindbarkeit scheine auch während der Exploration ersichtlich. Auch wenn ein deutlicher Zusammenhang mit psychischer Belastung bestehe, eine gewisse Therapieresistenz bisher zu beobachten sei und ein geringgradiger sozialer Rückzug auffalle, sei aufgrund des Fehlens eines primären Krankheitsgewinns und einer doch anzunehmenden Überwindbarkeit ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seitens der Schmerzproblematik nicht gegeben (S. 11 unten, S. 12 oben).

Im internistischen Gutachten wurde ausgeführt, dass aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit, welche er bis 2012 bei F. \_\_\_ ausgeübt habe oder für eine denkbare körperlich leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit, bestehe (S. 12 unten).

Die Gutachter führten sodann zusammenfassend aus, aus orthopädisch-traumatologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht bestünde eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Produktionshelfer und Gruppenleiter. Eine Einschränkung in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe ebenfalls nicht (S. 15 oben).

Das zusammenfassende Belastungs-/Ressourcenprofil im polydisziplinären Konsens wurde wie folgt umschrieben (S. 15):

„Orthopädisch ist der Versicherte in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben, Tragen von Lasten bis zu maximal 15 kg durchzuführen. Tätigkeiten in ständiger Vorbeuge, in kniender und kauender Stellung sollten vermieden werden. Darüber hinaus sollten auch Tätigkeiten bei Nässe, Kälte, Hitze und extremen Temperaturschwankungen vermieden werden. Der Versicherte ist in der Lage sich öfters zu drehen, zu winden und zu bücken.“

Internistisch bestünde ebenfalls eine Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Aus psychiatrischer Optik sei das Belastungsprofil nicht eingeschränkt.

Der Versicherte sei in der Lage, die bisherige Tätigkeit 8.5 Stunden täglich ohne Leistungsminderung auszuüben. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100 %. Diese Einschätzung gelte nur unter der Voraussetzung, dass die Tätigkeit nicht in einer Kühlkammer stattfände (S. 15 unten).

Für eine leidensadaptierte Tätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit in Höhe von 100 % (S. 15 unten).

Zum Verlauf wurde ausgeführt, der Versicherte sei aus rein orthopädischer Sicht spätestens seit Juli 2013 (MRI-Kontrolle der Lendenwirbelsäule) zu 100 % arbeitsfähig. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Versicherte immer in der Lage gewesen, eine Tätigkeit vollumfänglich auszuüben. Aus internistischer Sicht sei die bisherige Tätigkeit nur

kurzfristig für mehrere Wochen bis Monate im Zusammenhang mit dem Herzinfarkt am 3. November 2008

eingeschränkt gewesen (S. 16 oben). 3.5

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), hielt mit Stellungnahme vom 9. Februar 2015 fest, auf das Gutachten sei abzustellen (Urk. 7/39 S. 6 Mitte). 3.6

Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt I.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 8. April 2015 (Urk. 7/36) aus, dass der Beschwerdeführer seit Dezember 2013 in der J.\_\_\_\_ in Behandlung sei und nannte als Diagnosen nach ICD-10 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; S. 1). Durch die J.\_\_\_\_ sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, dies sei durch den Hausarzt Dr. K.\_\_\_\_ erfolgt. Aus psychiatrischer Sicht habe eine Arbeitsunfähigkeit bestanden und bestehe aktuell eine solche. 3.7

Mit Stellungnahme vom 19. Juni 2015 (Urk. 7/43) führten die Gutachter aus näher genannten Gründen (S. 2) aus, die vom behandelnden Psychiater beschriebene mittelgradige depressive Episode könne nicht bestätigt werden, insbesondere auch eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei angesichts der beschriebenen Symptome nicht zu erklären. Zudem nahmen die Gutachter Stellung zu den Einwänden des Beschwerdeführers zum orthopädischen Teilgutachten vom 20. April 2015 (Urk. 7/37). 3.8

Dr. G.\_\_\_\_ führte mit Stellungnahme vom 16. Oktober 2015 aus, dass das Gutachten keine Mängel aufweise (Urk. 7/48). 3.9

Dr. L.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 19. Oktober 2015 (Urk. 3) aus, der Beschwerdeführer leide an Depressionen. 4. 4.1

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine vergleichbare Störung ohne erkennbare organische Ursache begründet als solche noch keine Invalidität. Nach der bisherigen Rechtsprechung bestand eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Danach konnten bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügte. Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3). Die mit BGE 130 V 352 begründete Überwindbarkeitspraxis bei somatoformen Schmerzstörungen fand unter anderem auch bei posttraumatischen Belastungsstörungen Anwendung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_483/2012 vom 4. Dezember 2012 E. 4.2 mit Hinweisen). 4.2

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen neu gefasst:

Die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung bezweckte die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise der Überwindbarkeitsvermutung. 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, wobei auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität verzichtet wird. Damit werden für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG konkretisiert. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchslage 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 beweislustige versicherte Person zu tragen (E. 6).

Die Standardindikatoren umschreibt das Bundesgericht im genannten Urteil wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

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). 4.3

Sodann wurde festgehalten, dass gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 5. 5.1

Die Ärzte diagnostizierten beim Beschwerdeführer unter anderem ein Schmerzsyndrom und eine grössenregrediente Diskushernie L4/5, nachdem er während einer Ergometrie im Juni 2012 einen Unfall hatte. Zudem nannten die Ärzte unter anderem die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (vorstehend E. 3.2 ff.). Diese Diagnosen sind soweit unbestritten. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stellte in ihrer Verfügung vom 19. Oktober 2015 auf das E.\_\_\_\_-Gutachten ab und ging gestützt darauf davon aus, dass keine Diagnosen vorliegen würden, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen würden. Er sei nur von Oktober 2012 bis Juni 2013 arbeitsunfähig gewesen. 5.3

In der Beschwerde wurde geltend gemacht, die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in angestammter und adaptierter Tätigkeit sei nicht nachvollziehbar. Das Gutachten sei keine genügende Grundlage zur Beurteilung der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit. 5.4

Die Gutachter gingen unter anderem von einer chronifizierenden Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der behandelnde Psychiater diagnostizierte ebenfalls eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, zusätzlich noch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode und kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer deshalb arbeitsunfähig sei.

Nach dem Gesagten (vorstehend E. 4.1 ff.) hat die Beurteilung, ob eine fachärztlich diagnostizierte psychosomatische Erkrankung eine Invalidität begründet oder nicht, nicht mehr mittels der Regel/Ausnahme-Vorgaben beziehungsweise der Überwindbarkeitsvermutung zu erfolgen.

Vielmehr hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich bereits in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen hat, in dem dem diagnose-inhärenten Schweregrad der psychosomatischen Erkrankung vermehrt Rechnung zu tragen ist. Sodann führt die auf die Begrifflichkeit des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose der psychosomatischen Erkrankung nur dann zur Feststellung einer invalidenverschwerungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung, wenn die Diagnose auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe (BGE 131 V 49 E. 1.2) standhält.

In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht.

Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung hat nach der Begutachtung durch die E.\_\_\_\_ geändert, weshalb die Prüfung, ob die diagnostizierte psychosomatische Erkrankung eine Invalidität begründet oder nicht, noch nach der Überwindbarkeitsvermutung erfolgte. So führten die Gutachter im Rahmen der Prüfung der sogenannten Foerster-Kriterien aus, dass auch wenn ein deutlicher Zusammenhang mit psychischer Belastung bestehe, eine gewisse Therapieresistenz bisher zu beobachten sei und ein geringgradiger sozialer Rückzug auffalle, sei aufgrund des Fehlens eines primären Krankheitsgewinns und einer doch anzunehmenden Überwindbarkeit ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seitens der Schmerzproblematik nicht gegeben. Nach dem Gesagten (vorstehend E. 4.3) kann auf das gemäss altem Verfahrensstand eingeholte Gutachten abgestellt werden, solange das Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt. Dies ist jedoch vorliegend nicht möglich. So ist zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde dem Gutachten einzig zu entnehmen, dass der

Beschwerdeführer aus gesagt habe, dass sich die Schmerzen um die Hälfte reduziert hätten. Aus der Aussage, dass der Beschwerdeführer seit 1.5 Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung, seit einem Jahr bei seinem jetzigen Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ sei, kann der Indikator des Behandlungserfolgs/-resistenz unzureichend beurteilt werden. Ob eine Wechselwirkung zwischen der Schmerzstörung und Depression vorliegt, kann ebenfalls nicht beurteilt werden. Zur Frage der Ressourcen lässt sich dem Gutachten einzig entnehmen, dass der Beschwerdeführer verheiratet ist und viele Freunde habe, wobei die Kontakte seit dem Unfall weniger geworden seien, aus Angst, dass seine Schmerzen nicht ernst genommen würden (S. 32-33 Ziff. 2.3).

Dem Gutachten lassen sich somit nicht genügend Angaben entnehmen, um die Zuverlässigkeit der von den Gutachtern attestierten Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Problematik aus rechtlicher Sicht beurteilen zu können. Auch den übrigen Akten lassen sich keine genügenden Informationen entnehmen, zumal sich bis auf den behandelnden Psychiater keiner der Ärzte zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geäußert hat. Unter diesen Umständen ist keine verlässliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in einer leidensangepassten Tätigkeit als auch in der angestammten Tätigkeit möglich. Erforderlich ist somit eine Ergänzung durch den psychiatrischen Gutachter mit Blick auf die aktuelle Rechtsprechung zu psychosomatischen Leiden. Erst wenn diese Ergänzung vorliegt, kann beurteilt werden, ob die diagnostizierte chronifizierende Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen eine Invalidität begründet oder nicht. Im Übrigen erweisen sich die Einwände des Beschwerdeführers betreffend die depressive Episode (Urk. 1 Ziff. 15 ff.) als nicht stichhaltig, kamen die Gutachter doch in der Stellungnahme vom 19. Juni 2015 nachvollziehbar zum Schluss, dass keine mittelgradige depressive Episode vorliegt. 5.5

Zum Einwand des Beschwerdeführers, dass die Ausführungen des orthopädischen Gutachters zu seiner Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit widersprüchlich seien (Urk. 1 S. 4-5 Ziff. 8-11), ist zu sagen, dass im Gutachten tatsächlich teilweise von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit die Rede ist (Urk. 7/32 S. 14 unten, S. 15 oben, S. 18 oben). Gleichzeitig wird aber auch klar zum Ausdruck gebracht, dass eine Tätigkeit in ständiger Kälte zu vermeiden sei und der letzte Arbeitsplatz in sofern ungeeignet erscheine (S. 11, S. 15 Mitte, S. 15 unten, S. 27 Mitte). Zudem erstellten die Gutachter ein differenziertes Belastungsprofil, aus welchem hervorgeht, dass eine Tätigkeit in ständiger Kälte zu vermeiden sei. Das Belastungsprofil wird denn auch vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist auch nicht zu beanstanden. Soweit der Beschwerdeführer demnach die Ausführungen des orthopädischen Gutachters zur Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit in Frage stellt, vermögen seine Einwände das Gutachten nicht zu erschüttern.

In Bezug auf die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Rüge, dass wiederholt von einer falschen Dauer der Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 12), ist festzuhalten, dass selbst er bei der Anmeldung einer Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. Oktober 2012 angegeben hat (Urk. 7/3/Ziff. 4.4). Es ist nicht ersichtlich, weshalb der polydisziplinäre Konsens deshalb nicht aussagekräftig sein soll. Zudem wurde die Dauer der Arbeitsfähigkeit im orthopädischen Teilgutachten präzise dargelegt (Urk. 7/32 S. 27 unten). Im Übrigen ist der genaue Zeitpunkt vorliegend nicht weiter relevant, entsteht doch der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des

Leistungsanspruchs (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG), vorliegend also frühestens ab Februar 2014.

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, dass die Gutachter befangen seien (Urk. 1 S. 8 lit. D). Dies leitet er aus dem Umstand ab, dass die Beschwerdegegnerin den Beginn der Arbeitsunfähigkeit wiederholt falsch angegeben habe und hierfür keine Erklärung geliefert habe. Dem kann aus den zuvor genannten Gründen (Erwägung 5.5) nicht gefolgt werden. Weiter kann aus dem Umstand, dass die Gutachter sich auf die mittlerweile nicht mehr geltenden Foerster-Kriterien gestützt haben, keine Befangenheit abgeleitet werden, wurde der die alte Rechtsprechung ablösende Bundesgerichtsentscheid doch nach der Begutachtung und nur zwei Tage vor der ergänzenden Stellungnahme gefällt und erst später publiziert.

Die Würdigung des gesamten Gutachtens ergibt, dass die orthopädischen und internistischen Teilgutachten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden in angemessener Weise berücksichtigt haben, in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet wurden und der konkreten medizinischen Situation Rechnung tragen. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung durch die orthopädischen und internistischen Gutachter ist nach dem Gesagten umfassend, sodass für die Entscheidungsfindung auf diese Teilgutachten abgestellt werden kann. 5.6

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unvollständig (vgl. E. 5.4). Die Beschwerde ist dementsprechend in dem Sinne gut zu heissen, als die angefochtene Verfügung vom 19. Oktober 2015 aufzuheben und die Sache zur ergänzenden psychiatrischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 2'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und ausgangs gemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 19. Oktober 2015 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSSt) zu bezahlen. 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Mosimann  
Keller

## **E. 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. 2 IVG).

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