

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00142 vom 4. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00142

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00142 du 4 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00142 del 4 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X.____ war zuletzt von Anfang Juli 2011 bis Ende Juni 2014 als Kistenmacher bei der Y.____ tätig. Am 30. April 2014 meldete er sich unter Hinweis unter anderem auf Brust-Schmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/20, Urk. 8/23/173 und Urk. 8/33/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten insbesondere polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch und rheumatologisch) begutachten (Expertise vom 31. August

2015; Urk. 8/52). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/57) wies sie das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 11. Dezember 2015 (Urk. 2) ab.

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 Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG 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 Eingliederungsmassnahmen 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. 1.4

hievon) in Frage stellen würden, weshalb auf dieses abzustellen ist. 5.

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Gutachter Dr. H.____

vom

J.____ eine durch den Fahrradunfall vom 3. August 2013 ausgelöste posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Zum Unfall ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer dabei einem Motorfahrzeug den Rechtsvortritt nicht gewährte und mit diesem zusammensties. Die Lenkerin des Motorfahrzeuges war im Schrittempo, der Beschwerdeführer mit einer Geschwindigkeit von ungefähr 10 km/h unterwegs, bevor sie einander bemerkten und jeweils eine Vollbremsung einleiteten. Der Beschwerdeführer kollidierte in der Folge mit dem Motorfahrzeug, prallte gegen seinen Fahrradlenker und fiel zu Boden. Dabei zog er sich abgesehen von einer Sternumfraktur keine weiteren Verletzungen zu. Die Motorfahrzeuglenkerin blieb unverletzt. Es entstand ein Sachschaden am Vorderrad des Fahrrades, hingegen keiner am Personenwagen (Urk. 8/75/11).

Wie der begutachtende Psychiater bei einem solchen Hergang von einem schweren Unfall ausgehen kann, ist nicht nachvollziehbar. Ebenso wenig nachvollziehbar ist, inwiefern ein solcher Unfall geeignet sein könnte, eine PTBS auszulösen, wird eine solche doch nur anerkannt, wenn sie als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses entsteht, die in fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein (Dilling/Mambour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F]: Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.). Um ein solches traumatisches Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere handelt es sich vorliegend offensichtlich nicht.

Das Bundesgericht hat in diesem Zusammenhang festgehalten, dass eine entsprechende nach dem Klassifikationssystem DSM-IV-TR gestellte Diagnose auch bei weniger einschränkenden Formulierungen des Belastungskriteriums gestellt werden kann, wobei auch Ereignisse in Frage kommen, die keine aussergewöhnliche Katastrophe darstellen, dennoch aber im Erleben eines Patienten eine Traumatisierung auslösen können. Ein solcher Ansatz mag therapeutisch sinnvoll sein, aber für die Frage des Anspruchs auf

Leistungen der Invalidenversicherung, welche zwangsläufig eine gewisse Objektivierung verlangt, kann ein derart ausschliesslich subjektives Empfinden nicht massgebend sein. Zudem setzt auch die Diagnose nach DSM-IV 309.81 bei einer posttraumatischen Belastungsstörung einen extremen Belastungsfaktor voraus. Ein solches Ereignis liegt hier nicht vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_554/2009 vom 18. August 2009 E. 6). Gutachter Dr. H.____ begründete seine Diagnose unter anderem damit, dass mit dem Verkehrsunfall eine ernsthafte Verletzung, welche dem Beschwerdeführer als tödliche Bedrohung erschienen sei, vorhanden sei. Solches reicht nach der Rechtsprechung - bei einer Bagatelle - gerade nicht aus, um aus der allenfalls therapeutisch stimmigen Diagnose eine versicherungsrechtliche Relevanz abzuleiten. Gleichermassen verneinten denn auch die vom 7. Januar bis 26. Februar 2015 stationär behandelnden Ärzte der F.____ explizit das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung und begründeten dies einleuchtend, wobei - nebst der nicht thematisierten Bagatelle als auslösender Faktor - auf das Fehlen entsprechender klinischer Hinweise verwiesen wurde (E. 3.3). Eine Auseinandersetzung mit dieser Einschätzung unterliess Dr. H.____ respektive liess es dabei bewenden, einfach seine abweichende Meinung darzutun, indes ohne jegliche Begründung (Urk. 8/52/26). Dies stellt einen Qualitätsmangel dar, weshalb in diesem Punkt nicht auf die Ausführungen des Gutachters abgestellt werden kann. Wie es sich damit genau verhält, kann indes offenbleiben, denn rechtsprechungsgemäss ist die versicherungsrechtliche Relevanz von Einschränkungen basierend auf einer posttraumatischen Belastungsstörung anhand eines strukturierten normativen

Rasters zu prüfen (BGE 142 V 342 und BGE 141 V 281), was gleichermassen für die im Raum stehende somatoforme Schmerzstörung gilt und hernach erfolgt (vgl. E. 7). 6.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 29. Januar 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die Verfügung vom 11. Dezember 2015 sei aufzuheben und es sei ihm ab 1. Oktober 2014 eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt, allen falls unter Durchführung einer EFL (Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit), rechtskonform abkläre und hernach neu verfüge. Subeventualiter sei die Sache zur Prüfung von beruflichen Massnahmen an die Vorinstanz zurückzuweisen. Am 29. Februar 2016 (Urk. 7) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. März 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 11. Dezember 2015 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Es bestehe ein rentenaus schliessender Invaliditätsgrad von 11%. Der Beschwerdeführer sehe sich selbst als nicht arbeitsfähig, was die Durchführung beruflicher Eingliederungsmassnahmen verhindere. Sofern eine subjektive Arbeitsfähigkeit bestehe, könne sich der Beschwerdeführer mit einem Gesuch um Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung an die Beschwerdegegnerin wenden.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), gemäss dem eingeholten Gutachten sei er aus psychischen Gründen zu 50% arbeitsunfähig. Die

Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, nachvollziehbar zu begründen, weshalb von der Einschätzung der Gutachter abgewichen werden soll. Unter Berücksichtigung eines 10%igen Leidensabzugs bestehe ein IV-Grad von 55 % und damit Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung ab 1. Oktober

2014 (S.

5-8). Im Falle einer Rückweisung zu weiteren Abklärungen sei allenfalls eine EFL bezüglich der konkreten Auswirkungen der somatischen Beschwerden durchzuführen. Eine solche werde vom Vertrauensarzt des Taggeldversicherers empfohlen. Aus dem Gutachten könne nicht geschlossen werden, er sei an einer beruflichen Eingliederung nicht interessiert. Soweit mit der angefochtenen Verfügung der Anspruch auf berufliche Massnahmen verneint worden sei, sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die diesbezüglich nötigen Abklärungen treffe und hernach über diesen Anspruch neu befinde (S. 9). 3.

E. 3

Die Suva verneinte mit Verfügung vom 29. September 2014 (Urk. 8/32) und Einspracheentscheid vom 17. Dezember 2015 (Urk. 8/75) den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen mit der Begründung, bei einem IV-Grad von gerundet 2 % sei keine Rente der Unfallversicherung auszurichten. Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom heutigen Datum abgewiesen (Prozess Nr. UV.2016.00034). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit 15. April 2014 betreut, hielt in seinem Bericht vom 3. Juli 2014 (Urk. 8/28) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom - Posttraumatische Belastungsstörung infolge Verkehrsunfall am 3. August 20

E. 3.2

Dr. med. C.____

vom

B.____ stellte in seinem Bericht vom 24. September 2014 (Urk. 8/31) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Aktuell sekundäre Symptomausweitung auf Nacken, rechte Schulter sowie rechten Arm bei Status nach Pseudarthrose einer Sternumfraktur im mittleren Drittel des Corpus sterni nach Kollision mit einem Auto am 3. August 2014 - DD im Rahmen posttraumatischer Belastungsstörung, depressiver Episode - Offene Pseudarthrosenresektion, Reposition und Plattenosteosynthese mit 2x2.7 mm LCP am 4. Februar 2014 (fecit Dr. med. A.____) - Posttraumatische Belastungsstörung infolge Verkehrsunfall vom 3. August 2013 - Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

Zudem führte er folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: - Hypertensive Herzerkrankung - Konzentrisch linksventrikuläre Hypertrophie, diastolische Funktionsstörung des linken Ventrikels - cvRF: arterielle Hypertonie, Nikotinabusus ca. 35 py, Adipositas, positive Familienanamnese - Diabetes mellitus Typ 2

Ergänzend hielt er fest, dass der Beschwerdeführer auf sozialer Ebene die Kündigung seiner Arbeitsstelle bekommen habe. Er habe keinen gelernten Beruf und bisher immer als Hilfsarbeiter gearbeitet. Zusätzlich sei in den Ferien der Schwiegervater verstorben (S. 2). Aus rheumatologisch somatischer Sicht sei bei nun verschraubter Fraktur und radiologisch dokumentierter Konsolidation keine weitere Massnahme im Hinblick auf die Ursprungsverletzung indiziert. In seiner angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Insbesondere mit Vibration vergesellschaftete Arbeiten seien zu vermeiden, da dies zu einer gewissen Schmerzkomponente im Hinblick auf das Osteosynthesematerial im Bereich des Sternums führen könne. Eine behinderungsangepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei ab sofort möglich und zumutbar (S. 3 f.).

E. 3.3

Oberärztin med. pract. D.____ und Assistenzärztin med. pract. E.____ von der F.____ führten in ihrem Bericht vom 13. April 2015 (Urk. 8/52/53-55) folgende Diagnosen auf: - Mittelgradige depressive Episode - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ 2 - Verdacht auf Prostatahyperplasie

Dazu hielten sie fest, dass der Beschwerdeführer vom 7. Januar bis am 26. Februar 2015 in ihrer Klinik in stationärer Behandlung gewesen sei. Es hätten sich sprachlich bedingt leichte Auffassungsstörungen ergeben, jedoch keinerlei Gedächtnis- oder Konzentrationsstörungen (S. 1). Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung wie flash backs oder Intrusionen hätten sich nicht ergeben (S. 2). Nach Austritt bestehe (bei tagesklinischer Betreuung) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1).

E. 3.4

Dr. med. G.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, FMH für Rheumatologie, vom J.____ stellten in ihrem Gutachten vom 31. August 2015 (Urk. 8/52/1-41) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 37): - Mittelgradig depressive Episode - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Posttraumatische Belastungsstörung - Persistierendes lokales Schmerzsyndrom mit sekundärer Symptomausweitung im Bereich des Schultergürtels, rechts mehr als links mit cervico-cephaler Schmerzausstrahlung bei Status nach Sternumfraktur am 3. August 2013 mit Status nach offener Pseudarthrosenresektion, Reposition und Plattenosteosynthese am 4. Februar 2014 - Muskuläre Dysbalance am Schultergürtel, rechts mehr als links (Trapezius, Levator scapulae, Rhomboidei) - deutliche klinische Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung im Rahmen der Symptomausweitung mit unter anderem 16/18 positiven Fibromyalgie-Druckpunkten und 3/3 positiven Kontrollpunkten sowie wechselnden Bewegungsausmassen im Bereich der Halswirbelsäule

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Hypästhesie Finger IV und V der linken Hand und Grosszehe links unklarer Ursache - Spreizfüsse

Ergänzend führten sie aus, dass aufgrund der depressiven Symptomatik (Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Leere, verminderter Selbstwert, Schuldgefühle), der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung (Hypervigilanz, Gereiztheit, Ängstlichkeit) und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung von einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen werden könne. Diese bestehe seit dem Ende des Aufenthaltes in der Tagesklinik. Zuvor müsse für den Aufenthalt in der Tagesklinik (während drei Monaten

[vgl. S. 21]) und den stationären Aufenthalt eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen werden (S. 38).

Aus rheumatologischer Sicht sei seit dem Unfall am 3. August 2013 und dies vorerst andauernd die ursprüngliche, körperlich schwere Tätigkeit und auch halbtagsmässig die ehemalige Frakturregion belastende Arbeit nicht mehr zumutbar. In jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne länger dauernde oder repetitive Vibrationsbelastungen der Sternalregion und ohne wiederholt oder längerdauernd vornüber geneigte Haltung bestehe seit dem 7. August 2014 wieder eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (S. 39).

Aus psychiatrischer Sicht sei die aktuelle ambulante psychiatrische Therapie weiterzuführen oder gar zu intensivieren. Zudem könne zur weiteren Symptomverbesserung eine Modifikation der antidepressiven Medikation in Betracht gezogen beziehungsweise die Medikation mit Trazodon erhöht werden, da die diesbezüglichen Blutspiegel nicht im therapeutischen Bereich lägen. Auch könne der Beschwerdeführer eventuell von einem erneuten stationären Aufenthalt profitieren. Berufliche Massnahmen seien aktuell nicht durchführbar. Dies insbesondere auch deshalb, da sich der Beschwerdeführer selbst als zu 0 % arbeitsfähig betrachte (S. 40). 4.

Der Beschwerdeführer bemängelte das rheumatologische Teilgutachten von Dr. I.____, da dieser von einer Symptomausweitung ausgehe, ohne sich mit dem anderslautenden Bericht von Dr. C.____ vom 19. Dezember 2013 auseinanderzusetzen (Urk. 1 S. 4 f.). Hierzu ist festzuhalten, dass Dr. I.____ in seinem Gutachten auf die Berichte von Dr. C.____ vom 8. August 2014 (Urk. 8/40/13-15) und 24. September 2014 (E. 3.2 hievor) Bezug nahm (Urk. 8/52/35-36). In diesen zwei Berichten ging Dr. C.____ - anders als in seinem mehrere Monate zuvor erstellten Bericht - ebenfalls von einer Symptomausweitung aus. Dass sich Dr. I.____ nicht mit dem diesbezüglich überholten Bericht von Dr. C.____ vom 19. Dezember 2013 auseinandersetze, ist damit nicht zu beanstanden. Ebenso wie Dr. I.____ in seinem Gutachten war Dr. C.____ zudem am 24. September 2014 der Ansicht, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit ab sofort möglich und zumutbar sei (E. 3.2 hievor). Es bestehen damit keine Anhaltspunkte, welche die Beweiskraft des rheumatologischen Teilgutachtens (vgl. dazu E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Weiter diagnostizierte Dr. H.____ eine mittelgradige depressive Episode, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe.

E. 6.2

Hierzu ist festzuhalten, dass laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E.

3.1; 9C_667/2013 vom 29. April 2013 E. 4.3.2; 9C_917/2012 vom 14. August 2012 E. 3.2 und 9C_736/2011 vom 7. Februar 2012 E. 4.2.2.1; vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Daran hat auch BGE 141 V 281 nichts geändert (Urteil des Bundesgerichts 9C_892/2015 vom 22. Januar 2016 E. 2).

Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven Störung ist aller dings nicht schlechthin auszuschliessen; deren Annahme bedingt nach den höchstrichterlichen Vorgaben jedoch, dass es sich nicht bloss um die Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit, sondern um ein selbständiges, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelöstes depressives Leiden handelt (Urteile des Bundesgerichts 9C_917/2012 vom 14. August 2013 E. 3.2 und 9C_210/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.1). Im Weiteren ist vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E.

4.1). Dabei stellt das Bundesgericht so wohl an die Langjährigkeit (verneint im vorgenannten Urteil 9C_892/2015 bei einer Therapiedauer von weniger als andert halb Jahren) als auch an die Intensität der Therapiebemühungen (vgl. etwa das vorgenannte Urteil 9C_454/2013 E. 4.1) hohe Anforderungen.

E. 6.3

Der Beschwerdeführer befand sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung seit rund 1.5 Jahren in psychiatrischer Behandlung, dies mit zunächst zwei wöchentlichen, im Zeitpunkt der Begutachtung wöchentlichen Sitzungen. Zudem wurde er vom 7. Januar bis 26. Februar 2015 stationär und anschliessend drei Monate in der Tagesklinik der F. ___ behandelt. Seine antidepressiven Medikamente scheint er jedoch ungenügend einzunehmen, war doch im Zeitpunkt der Begutachtung Zoloft lediglich im untersten Normbereich nachweisbar, Trittico gar unterhalb des unteren Normwertes (Urk. 8/52/11). Die Behandlungen weisen zwar auf einen gewissen Leidensdruck hin, von einer konsequenten Depressionstherapie, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist, kann jedoch (noch) nicht gesprochen werden. So empfahlen auch die Gutachter, die psychiatrische Therapie zu intensivieren, die Medikation zu modifizieren sowie allenfalls erneut einen stationären Aufenthalt durchzuführen (Urk. 8/52/41). Eine invalidisierende Wirkung der mittelschweren depressiven Störung ist damit nicht ausgemessen. 7. 7.1

Schliesslich diagnostizierten die Gutachter eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie ein Schmerzsyndrom, welche Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. 7.2

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, somit auch bei psychischen Störungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (an dauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu be

ur teilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurlungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann da mit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlöre (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). 7.3

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

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - 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

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). 7.4 7.4.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in einer angepassten körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Der Schweregrad der diagnoserelevanten Befunde ist zudem unter Ausklammerung psychosozialer Belastungsfaktoren festzustellen, vermögen diese doch rechtlich keine Invalidität zu begründen. Solche Faktoren sind beim Beschwerdeführer ausgeprägt vorhanden (Verlust der Arbeitsstelle, finanzielle Engpässe, fehlende Zukunftsperspektiven, geringer Ausbildungsstand, fehlende Sprachkenntnis, Migration, belastender Tod des Schwiegervaters), was von den behandelnden Ärzten mehrfach (vgl. E. 3.1 und 3.2 hievore), nicht aber von den Gutachtern thematisiert wurde. In Anbetracht dieser Tatsachen ist nicht von einem ausgeprägten Schweregrad der Gesundheitsschädigung auszugehen.

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ fehlt es sodann an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten (vgl. E. 6.3 hievore).

Als „Komorbiditäten“ sind lediglich krankheitswertige Störungen zu berücksichtigen, welchen eine eigenständige invalidisierende Bedeutung zukommt. Die mittelgradige depressive Episode vermag wie bereits dargelegt keine solche zu begründen, die Diagnose einer PTBS ist nicht nachvollziehbar, weshalb auch diese keine Komorbidität darstellt.

7.4.2

In der Kategorie „Konsistenz“ zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Diesbezüglich sowie zum Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes:

Gemäss seinen Angaben wohnt der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau und der gemeinsamen Tochter in einer Mietwohnung. Er steht regelmässig zwischen 5:00 und 6:00 Uhr morgens auf, trinkt Kaffee, frühstückt und geht danach mit seiner Frau in den Wald für eine bis eineinhalb Stunden spazieren. An schliessend gehen sie zusammen in eine Migros oder Coop Kaffee trinken. Den Rest des Vormittags verbringt er entweder zuhause am TV

Nachrichten schauen oder im nahegelegenen Schrebergarten. Dort nimmt er das von seiner Frau zubereitete Mittagessen mit ihr gemeinsam ein. Am Nachmittag hat er meistens Termine (Hausarzt, Physiotherapie, Psychotherapie, Ergotherapie) wahrzunehmen. Das Abendessen nimmt er zuhause mit der Ehefrau ein. Den Rest des Abends verbringt er meistens rauchend auf dem Balkon. Zwischen 22:00 und 23:00 geht er dann zu Bett. Die sozialen Kontakte beschränken sich auf die Tochter und Ehefrau sowie einen benachbarten Schrebergartenbesitzer. Zudem führt er ab und an Telefonate mit Familienangehörigen in der Türkei und betreut einmal pro Woche einen Pensionär im Altersheim. Dieses Engagement will er ausbauen. Zuhause bastelt der Beschwerdeführer Dinge, welche er in der Ergotherapie lernt. Zudem arbeitet er im Schrebergarten, wobei sämtliche schweren Arbeiten von der Ehefrau übernommen werden müssen. Früher hat er den Schrebergarten alleine bewirtschaftet. Abgesehen von den Spaziergängen betreibt er keinen Sport mehr, früher hat er regelmässig Velotouren gemacht und ist schwimmen gegangen. Vor dem Unfall war er zudem regelmässig im kurdischen Verein aktiv (Urk. 8/52/19 f.).

Dass der Beschwerdeführer den kurdischen Verein nicht mehr besucht, liegt je doch nicht an seinen Beschwerden, sondern daran, dass dieser geschlossen wurde und der Nächste zu weit entfernt ist (Urk. 8/52/19). Durch seine Einbettung in die Familie erhält der Beschwerdeführer zudem eine Tagesstruktur. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext bestütigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. Der Beschwerdeführer sieht sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen (Urk. 8/52/21), beziehungsweise lediglich als zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 1 S. 8). Sein Tagesaktivitätsniveau ist zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt, jedoch (längst) nicht entsprechend der von ihm geltend gemachten 50%igen Arbeitsunfähigkeit. 7.4.3

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck“

weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheits schädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin.

Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer war wie dargelegt ab April 2014 in psychiatrischer Behandlung, dies mit zunächst zweiwöchentlichen, im Zeitpunkt der Begutachtung im August 2015 wöchentlichen Sitzungen. Da jedoch die Gutachter vom J.____ eine Intensivierung der psychiatrischen Therapie empfohlen und der Beschwerdeführer seine antidepressive Medikation nur unzureichend einnimmt, kann nicht von einem ausgeprägten Leidensdruck ausgegangen werden. 7.4.4

Zusammenfassend ergibt die Prüfung der verschiedenen Indikatoren, dass diese nicht als ausgeprägt anzusehen sind. Insgesamt ist damit eine Unüberwindbarkeit der Auswirkungen der Schmerzproblematik zu verneinen. 8.

Von einer Rückweisung der Sache zur weiteren medizinischen Abklärung - wie vom Beschwerdeführer eventualiter beantragt - sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu

erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) verzichtet wird.

Aus somatischer Sicht ist der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr, in einer den Beschwerden angepassten körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne längerdauernde oder repetitive Vibrationsbelastungen der Sternalregion und ohne wiederholt oder längerdauernd vornüber geneigte Haltung seit dem 7. August 2014 voll arbeitsfähig. 9.

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 66'650.-- per 2014 (Urk. 1 S. 8 und Urk. 2 S. 4) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 66'137.-- (LSE 2012

monatlicher Bruttolohn Zentralwert für Männer Kompetenzniveau 1 Fr. 5'210.-- / 40 x betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 h [Betriebsübliche Arbeitszeit, Bundesamt für Statistik, Tabelle T03.02.03.01.04.01] x 12 / 101.8 x 103.3 [Nominallohnentwicklung, Nominallohnindex 2011-2015, Bundesamt für Statistik, Tabelle T1.10]) ergibt selbst unter Berücksichtigung des vom Beschwerdeführer geltend gemachten Leidensabzugs von 10 %

einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad. Die Beschwerde ist damit in Bezug auf den Antrag auf Ausrichtung einer Invalidenrente abzuweisen. 10.

Anlässlich der Begutachtung gab der Beschwerdeführer an, in der jetzigen Situation könne er gar nichts arbeiten (Urk. 8/52/15). Er habe seine Arbeit geliebt und vermisse sie, aktuell sei er jedoch aufgrund der somatischen Probleme zu 0 % arbeitsfähig (Urk. 8/52/21). Entsprechend befanden die Gutachter, dass berufliche Massnahmen aktuell nicht durchführbar seien, da sich der Beschwerdeführer selbst als voll arbeitsunfähig betrachte (Urk. 8/52/41). Aus welchem Grund sich der Beschwerdeführer arbeitsunfähig fühlt, ist entgegen seinen Ausführungen (Urk. 1 S. 9) irrelevant. Es ist damit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf berufliche Massnahmen bei subjektiver Eingliederungsunfähigkeit nicht eingehender geprüft hat. Die Beschwerde ist folglich auch diesbezüglich abzuweisen. Sollte sich der Beschwerdeführer wieder für arbeitsfähig halten, steht es ihm offen, bei der Beschwerdegegnerin erneut um die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen zu ersuchen. 11.

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 900.-- fest zu setzen und entsprechend dessen Ausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

- 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

- 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Stephan Kübler -
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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 13

- Persistierende Brustschmerzen bei Pseudarthrose bei Status nach Stern um fraktur nach Auffahrunfall mit Velo gegen ein Auto am 3. August 2013, Status nach offener Pseudarthrosenresektion, Reposition und Platten os teo syn these mit 2x2.7 mm LCP, fe cit Dr. med. A.____ / B.____ am 4. Februar 2014

Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 1 5. April 2014 bei ihm in psychiatrischer Behandlung mit aktuell zweiwöchentlichem Setting. Es falle ihm schwer, über seinen schweren Velounfall zu berichten. Er leide seit mehreren Monaten unter ausgeprägten Schlafstörungen mit wiederkehrenden Alb träumen, fühle sich tagsüber erschöpft und nicht belastbar. Der Beschwer de führer beschreibe den Unfall als schweren Schicksalsschlag, der ihn aus der Bahn geworfen habe. Weiter schildere er psychosoziale Probleme wie den Verlust der Arbeitsstelle, finanzielle Engpässe und fehlende Zukunftsperspektiven (S.

2). Auf grund der Antriebsstörung, kognitiven Einschränkung, raschen Ermüdbar keit sowie der verminderten Stresstoleranz bestehe eine verminderte Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Die Fähigkeit, sich in Bezug auf wechselnde Anforde rungen der Umwelt angemessen zu verhalten, sei aktuell deutlich eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe grössere Schwierigkeiten, den Tagesablauf ange messen zeitlich und inhaltlich zu strukturieren (S. 3).

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