

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00526 vom 23. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00526

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00526 du 23 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00526 del 23 agosto 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1962, war vom 1. August 2010 bis 29. Juli 2012 als Chauffeur bei der Y.____ tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 12. Januar 2012 war (Urk. 6/23). Am 28. August 2013 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf einen am 12. Januar 2012 erlittenen Unfall, bei welchem er von einem geplatzten Ölbehälter am Bauch getroffen wurde und vom Lastwagen fiel (vgl. Urk. 6/18/114, Urk. 6/18/81-95), bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/15). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva) bei (Urk. 6/18, Urk. 6/34, Urk. 6/38) und holte beim Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 10. August 2015 erstattet wurde (Urk. 6/81).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/85, Urk. 6/88) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 31. März 2016 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 6/90 = 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). 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss 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 Bundesgerichts 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 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 Bundesgerichts 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.3

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).

Der Prüfungsraster ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines rentenbegünstigten 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 beweiselastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6).

Gemäss BGE 142 V 343

ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anwendbar .

E. 1.4

Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert, sondern es ist zu prüfen, ob sie eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht; je nach Abklärungstiefe und -dichte kann unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

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

Der Versicherte erhob am 3. Mai 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. März 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm

die gesetzlichen Leistungen nach dem Invalidenversicherungsgesetz zu gewähren, insbesondere sei ihm ab 1. Februar 2014 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Mitte). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Juni 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Verfügung vom 27. September 2016 (Urk. 7) holte das Gericht bei den Z.____-Gutachtern eine ergänzende Stellungnahme ein, die am 25. Oktober 2016 erstattet wurde (Urk. 11). Am 7. Dezember 2016 nahm die Beschwerdegegnerin dazu Stellung (Urk. 16) und am 27. Februar 2017 der Beschwerdeführer (Urk. 19), was den Parteien am 7. März 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 21).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, beim Beschwerdeführer lägen gesundheitliche Einschränkungen vor, welche die Arbeitsfähigkeit subjektiv einschränkten. Die unter anderem diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, leicht gradige Episode, entspreche aus invalidenversicherungsrächtlicher Sicht keiner langdauernden schweren Erkrankung mit erheblicher und dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und sei zudem behandelbar. Die körperlichen Beschwerden sodann schränkten den Alltag des Beschwerdeführers nicht derart ein, dass eine Tätigkeit nicht mehr zumutbar wäre. Mit Blick auf die vorhandenen Ressourcen wäre aus versicherungsmedizinischer Sicht trotz der Beschwerden eine Erwerbstätigkeit vielmehr zumutbar. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes sei nicht ausgewiesen. Zu diesem Ergebnis führe die - näher dargelegte - Prüfung der Indikatoren (Ressourcenprüfung) gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu psychosomatischen Leiden. Insbesondere befinde sich der Beschwerdeführer nicht in adäquater psychiatrischer Behandlung, verfüge über einen äusserst aktiven Tagesablauf und pflege rege soziale Kontakte.

Abgesehen davon sei die gestellte Diagnose einer PTBS insbesondere mit Blick auf die Aktivitäten des Beschwerdeführers äusserst fragwürdig (Urk. 2, Urk. 16).

E. 2.2

mit Hinweis) zu verneinen ist.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf das Z.____-Gutachten abzustellen ist.

E. 3

Der behandelnde Dr. med. B.____, praktischer Arzt, überwies den Beschwerdeführer im April 2012 bei Verdacht auf ein posttraumatisches Belastungssyndrom mit zunehmender Depressivität bei Status nach schwerem lebensbedrohlichem Unfall am 12. Januar 2012 zur Beurteilung und Behandlung an die C.____; vgl. Schreiben vom 25. April 2012, Urk. 6/18/98 = Urk. 6/28/6).

E. 3.1

Am 18. Dezember 2010 fügte die Ex-Ehefrau des Beschwerdeführers diesem mit einem Messer Schnittverletzungen zu, was der Suva mit Bagatellunfall-Meldung vom 18. Mai 2011 gemeldet wurde. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers wurde die Wunde auf der linken Bauchseite mit einem Pflaster versorgt und die Wunde unter der linken Achselhöhle genäht. Daraufhin sei er in die Ferien geflogen. Nach den Ferien habe er seine Arbeitstätigkeit wieder aufgenommen. Eine psychiatrische Therapie sei nie erfolgt. Allerdings habe er das Erlebnis nicht vergessen können. Er sei abends nicht mehr alleine hinausgegangen (vgl. Urk. 22 E. 3.1).

E. 3.2

Am 12. Januar 2012

wurde dem Beschwerdeführer ein infolge eines Überdrucks geborstener Ölbehälter gegen den Bauch geschleudert, wodurch er vom Lastwagen fiel (vgl. Schadenmeldung vom 26. Januar 2012, Urk. 6/18/14; Unfall rapport der Kantonspolizei Zürich, Urk. 6/18/81-95). Der Beschwerdeführer gab hierzu an, er habe den Lastwagen einölen wollen. Die Flasche sei explodiert und gegen seinen Bauch geprallt. Er sei zwei Meter in die Höhe und zwei Meter vom Lastwagen weg geschleudert worden. Mit dem Gesäss und den Fersen sei er auf dem Boden gelandet. Er habe einmal nach Hilfe gerufen. In den ersten Minuten habe er kaum oder nur sehr erschwert atmen können (vgl. Urk. 6/18/74).

Die Erstbehandlung erfolgte gleichentags im A.____, wo ein stumpfes Thorakoabdominaltrauma rechts diagnostiziert wurde. Die Ärzte führten aus, es habe keine Nausea, keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie vorgelegen. Zu dem seien keine Pleuraergüsse oder Infiltrate ersichtlich gewesen. Eine Rippenfraktur habe nicht nachgewiesen werden können. Der Beschwerdeführer sei zur stationären Überwachung und analgetischen Therapie vom 12. bis 16. Januar 2012 hospitalisiert gewesen (Austrittsbericht vom 16. Januar

2012, Urk. 6/18/104

f.).

E. 3.3

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281

E. 3.7.1 bis 3.7.3). Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invaliderend sein kann, ist nicht Komorbidität, sondern allenfalls im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu berücksichtigen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Nach dem Dr. D.____ eine nur leichte depressive Symptomatik feststellen konnte (Urk. 6/81 S. 25 unten) und er zudem fest hielt, dass die Behandlungsoptionen bei weitem nicht ausgeschöpft seien (vorstehend E. 3.9) und zur Prophylaxe respektive Therapie der rezidivierenden depressiven Störung insbesondere höhere antidepressive Blutplasmaspiegel erreicht werden müssten (Urk. 6/81 S. 27 unten), ist eine relevante, ressourcenhemmende psychische Komorbidität aus Rechtsanwendersicht nicht ausgewiesen.

E. 3.4

Die Ärzte der C.____ berichteten am 30. September 2013 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/26). Sie führten aus, der Beschwerdeführer sei seit 7. Juni 2012 in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Er werde medikamentös behandelt und es fänden monatliche supportive Gespräche statt (Ziff. 1.2, Ziff. 1.5). Es seien folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (Ziff. 1.1): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, bestehend seit Oktober 2010 (ICD-10 F32.2) - PTBS (ICD-10 F43.1) - andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), Beobachtungszeitraum 2 Jahre

Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der ungünstigen Prognose sei von einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 1 lit. a und lit. b). Eine traumaspezifische Psychotherapie wäre indiziert, sei jedoch vom Beschwerdeführer nicht gewünscht (Ziff. 1.8).

E. 3.4.2

mit Hinweisen), dies selbst bei einem - im vorliegenden Fall ausser Frage stehenden - maximal zu gewährenden Abzug vom Invalideneinkommen von 25 % (vgl. dazu BGE 126 V 75).

E. 3.5

Am 23. November 2013 (Urk. 6/28/1-4) berichtete Dr. B.____, die Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei vor allem aus psychischen Gründen massiv eingeschränkt. Es bestehe beinahe eine volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft (Ziff. 1.7).

E. 3.6

Am 26. September 2014 (Urk. 6/41) berichteten die Ärzte der C.____, seit ihrem letzten Bericht vom September 2013 (vorstehend E. 3.4) habe sich der Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert. Es zeichne sich eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung mit niedrigem Aktivitätsniveau ab. Die schwere depressive Symptomatik habe sich chronifiziert (Ziff. 1.4 am Ende). Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.7).

E. 3.7

Am 10. August 2015 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/81). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen und zusätzlich beigebrachten Akten (S. 7 ff.) und die von ihnen am 16. Juni 2015 sowie am 2.,

3. und 6. Juli 2015 durchgeführten allgemeinmedizinischen (S. 9 ff.), chirurgischen (S. 14 ff.), psychiatrischen (S. 17 ff.), neuropsychologischen (S. 29 ff.) und orthopädischen (S. 39 ff.) Untersuchungen.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45): - rezidivierende depressive Störung, zurzeit leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0) - PTBS (ICD-10 F43.10) - chronisches, myofaszial betontes thorakolumbales Syndrom - costovertebral-Blockierungen am thorakolumbalen Übergang - thorakolumbale muskuläre Dysbalance

Sodann nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45): - chronisches posttraumatisches Schmerzsyndrom abdominothorakal rechts ohne organische Ursache - chronische Obstipation - mehrfaktoriell bedingt geringe Testleistungen - klinischer Verdacht auf initiale, medial betonte Gonarthrose links bei diskreter Varus- Fehlstellung

Die Gutachter führten aus, aus chirurgischer Sicht habe das stumpfe Thorakotraumata abdominaltrauma zu einer eher oberflächlichen Kontusion von Brust- und Bauchwand geführt. Innere Verletzungen hätten bildgebend nicht nachgewiesen werden können. Damit konkordant sei der aktuell unauffällige physikalische Untersuchungsbefund. Es bestehe der hochgradige Verdacht auf Somatisierung (S. 16 unten).

Aus psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sowohl die Messerattacke seiner Ex-Ehefrau als auch die Gasexplosion bei der Arbeit, bei welcher er meterweit geschleudert worden und in die Tiefe gestürzt sei, als lebensbedrohliche Ereignisse erlebt habe, womit das Kriterium A gemäss DSM-V erfüllt sei. Da der Beschwerdeführer beim Thematisieren des Unfallherganges deutlich psychische Belastungsanzeichen zeige und während der Explosion zu weinen beginne, sei auch das Kriterium B gegeben. So beschreibe der Beschwerdeführer zum Beispiel auch, dass er regelmässig, wenn es ihm „zu viel werde“, sich in sein Zimmer zurückziehe, einschliesse und dort weine. Da der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis Situationen, bei denen er befürchte, dass etwas explodieren könne, konsequent meide (zum Beispiel das Kochen mit einem Dampfkochtopf oder Pfannen) und auch keine Lastkraftwagen mehr fahre, sei auch das Kriterium C gegeben. Des Weiteren gebe der Beschwerdeführer an, immer nervös und gereizt zu sein, was eines der unter Punkt D aufgeführten Symptome darstelle. Auch bestehe eine erhöhte Reizbarkeit, eine Hypervigilanz und eine subjektiv empfundene Konzentrationsschwäche, womit die Kriterien E erfüllt seien. Da diese Symptome seit mindestens zweieinhalb Jahren anhielten und auch so dokumentiert seien, sei das Kriterium F ebenfalls erfüllt. Auch führe das Störungsbild zu in klinischer Weise bedeutsamen Leiden und Beeinträchtigungen, womit das Kriterium G erfüllt sei. Insgesamt könne somit davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen Symptome die Diagnose einer PTBS (ICD-10 F43.10) rechtfertigten (S. 24 f.). Wie häufig bei dieser Diagnose seien auch beim Beschwerdeführer in den letzten Jahren depressive Symptome und Episoden aufgetreten, welche die Diagnose einer eigenständigen depressiven Erkrankung rechtfertigten. Zum jetzigen Zeitpunkt lägen depressive Symptome vor, welche aktuell die Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode rechtfertigten. Hingegen könne eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) nicht diagnostiziert werden (S. 25 unten). Die seit mindestens Juni 2012 vorliegende PTBS beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit wesentlich durch die Affektlabilität, die Gereiztheit, die vegetative Übererregbarkeit und die Hypervigilanz sowie durch die dadurch verursachte

Unkonzentriertheit und Ablenkbarkeit. Die auf die seit mindestens September 2013 vorherrschende depressive Symptomatik zurückzuführende Freudlosigkeit und die erhöhte Ermüdbarkeit begründe eine weitere Reduktion der Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer sich alleine während mehreren Stunden täglich um die Kinder kümmern könne (wenn auch mit der Möglichkeit, sich jederzeit in sein Zimmer zurückzuziehen zu können) und soziale Kontakte nicht meide, sondern eher suche und sich dann auch zu beteiligen versuche, sei kumulativ von einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen, dies seit mindestens Juni 2012 (S. 26 unten, S. 27 Mitte).

Die neuropsychologische Untersuchung habe einen Gesamt-IQ von 63 ergeben (S. 37). Insgesamt habe sich ein Bild generell geringer Testleistungen ergeben, wofür ursächlich mehrere - näher genannte - Faktoren beteiligt seien (S. 38 Mitte). Betreffend Arbeitsfähigkeit hätten die erhobenen neuropsychologischen Befunde einen untergeordneten Stellenwert. Rein neuropsychologisch betrachtet wäre dem Beschwerdeführer auch heute eine praktisch-manuelle Routinetätigkeit vollzeitig zumutbar. Vom Führen eines Fahrzeugs sei dabei vor allem aufgrund der gezeigten Defizite in den Aufmerksamkeitsfunktionen abzuraten (S. 38 unten).

In der orthopädischen Untersuchung sei der klinische Befund bland gewesen. Es seien lediglich costovertebrale Blockierungen auf der rechten Seite des thorakolumbalen Übergangs feststellbar gewesen und es bestehe eine sekundäre paravertebrale muskuläre Dysbalance im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule (S. 43). Schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben von Lasten, die mehr als 10 bis 15 kg wögen und die mit häufigem Bücken einhergingen, seien dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, ebenso anhaltende Zwangshaltungen in leicht gebückter Stellung (S. 43 unten). Dagegen seien jegliche leichte bis mittelschwere, teils sitzende, teils stehende Tätigkeiten vollschichtig zumutbar (S. 44 oben).

Gesamtmedizinisch sei seit mindestens Juni 2012 von einer weitreichenden Arbeitsunfähigkeit von sicherlich 70 % auszugehen (S. 48 oben).

E. 3.8

In seiner Stellungnahme vom 20. August 2015 (Urk. 6/83 S. 5 f.) sprach sich der RAD-Arzt für ein Abstellen auf das Z.____-Gutachten aus.

E. 3.9

Am 25. Oktober 2016 beantwortete der am Z.____-Gutachten beteiligte Psychiater, Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die vom Gericht gestellten zusätzlichen Fragen (Urk. 11).

Was die Begründung der gestellten Diagnosen (S.

2 Ad 3a) anbelangt, so ergeben sich im Vergleich zu den Ausführungen im Z.____-Gutachten (vorstehend E. 3.7 Abs. 5, Urk. 6/81 S. 24 f.) keine neuen Gesichtspunkte.

Zur Frage nach allfälligen Ausschlussgründen im Sinne einer Aggravation oder ähnlicher Erscheinungen führte Dr. D.____ aus, während der gesamten Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Aggravation oder von Diskrepanzen ergeben. Speziell die Symptome der depressiven Episode und auch der PTBS hätten während der Exploration beobachtet und somit objektiviert werden können (S. 3 Ad 3b).

Zur Frage nach einzelnen Aspekten der Gesundheitsschädigung führte Dr. D. ___ aus, aufgrund der Eindrücke in der Exploration sei von einer deutlichen Ausprägung der Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen. Aufgrund der seit 2012 stattfindenden ambulanten psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung sei von einer gewissen Behandlungsresistenz auszugehen. Das Therapiesetting (Frequenz und Dauer der ambulanten Sitzungen) und die psychopharmakologischen Optionen seien aber bei weitem nicht ausgeschöpft. Es sei davon auszugehen, dass sich die rezidivierende depressive Störung als Komorbidität zur PTBS entwickelt habe und diese beiden Erkrankungen sich ungünstig beeinflussten (S. 3 f. Ad 3c).

Was die Elemente der Persönlichkeit anbelange, so habe der Beschwerdeführer im Untersuchungszeitpunkt primär Symptome der PTBS gezeigt. Er habe unruhig, angespannt und hypervigilant gewirkt. Eine Ressource sei sicherlich, dass er nach wie vor soziale Kontakte suche und mehrfach täglich unterhalte (S.

E. 4

Ad

3d).

Betreffend den sozialen Kontext führte Dr. D. ___ unter anderem aus, der Beschwerdeführer wohne zusammen mit seiner Ehefrau und deren beiden Kindern. Jedes zweite Wochenende sei seine 8-jährige Tochter bei ihm. Regelmässig habe der Beschwerdeführer soziale Kontakte zu zwei bis drei Freunden. Mit diesen mache er täglich Spaziergänge. An den Wochenenden habe er regelmässig Kontakt mit der Familie der Ehefrau, mit welcher er Ausflüge und Picknicks mache. In solchen Situationen könne er auch mit den Kindern Ball spielen. Mindestens zweimal pro Woche treffe er seine älteste Tochter, welche ihm bei der Erledigung administrativer Aufgaben helfe. Als Hobbies habe er das Lesen des Korans und die Familientreffen an den Wochenenden angegeben (S. 4 f. Ad 3e).

Zur Konsistenz führte Dr. D. ___ unter anderem aus, es falle auf, dass der Beschwerdeführer regelmässige und intensive soziale Kontakte suche und auch lebe. Auch könne er jeden Abend, wenn seine Ehefrau ihrer Putztätigkeit nach gehe (vgl. S. 4 Ad. 3e), die Kinder während mehreren Stunden alleine betreuen, ihnen bei den Hausaufgaben helfen, mit ihnen basteln und ihnen das Abendessen aufwärmen. Demgegenüber gebe er jedoch auch an, dass er bei der Haushaltsführung nur wenig alleine machen könne. Da er jedoch merke, dass das alleinige Sitzen und Nichtstun ihm nicht gut tue, versuche er sich möglichst zu aktivieren und sich abzulenken, womit er den Symptomen seiner Erkrankung aktiv entgegenwirken könne. Aufgrund der doch recht tiefen Therapiefrequenz und Intensität und der seit Behandlungsbeginn unveränderten psychopharmakologischen Medikation sei nur von einem bedingten behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck auszugehen (S. 5 f. Ad 3f).

E. 4.1

Nach Lage der Akten steht beim Beschwerdeführer ein psychisches Leiden im Vordergrund (vgl. vorstehend E. 3.5). Aus somatischer Sicht waren im Rahmen der Z. ___-Begutachtung (vorstehend E. 3.7) einzig dezente orthopädische Befunde im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule zu erheben, welche jedoch der vollschichtigen Ausübung einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit nicht entgegenstehen. Aus

neuropsychologischer Sicht erachteten die Gutachter die Ausübung einer praktisch-manuellen Routinetätigkeit ebenfalls als vollzeitig zumutbar. Davon ist auszugehen, zumal diese Beurteilung unbestritten geblieben ist.

E. 4.2

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt, so diagnostizierte der am Z.____-Gutachten beteiligte Psychiater Dr. D.____ - gleich wie die behandelnden Ärzte der C.____ (vorstehend E. 3.4, E. 3.6) - eine PTBS. Des Weiteren diagnostizierte Dr. D.____ eine rezidivierende depressive Störung, wobei er im Untersuchungszeitpunkt eine gegenwärtig leichte depressive Episode erhob, während die Ärzte der C.____ im September 2013 (vorstehend E. 3.4) und September 2014 (vorstehend E. 3.6) noch von einer schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik berichtet hatten. Aufgrund der sich aus der PTBS und der depressiven Symptomatik ergebenden Beeinträchtigungen stellte Dr. D.____ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (vorstehend E. 3.7).

E. 4.3

Das Z.____-Gutachten, namentlich das von Dr. D.____ erstattete psychiatrische Teilgutachten (Urk. 6/81 S. 17 ff.), basiert auf allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Während sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellte, es sei vollumfänglich darauf abzustellen, stellte die Beschwerdegegnerin zum einen die diagnostizierte PTBS in Frage und machte zum andern geltend, der gutachterlich festgestellte psychische Gesundheitsschaden vermöge keine Invalidität im Sinne des Gesetzes zu begründen, da dieser mit Blick auf die vorhan denen Ressourcen des Beschwerdeführers der Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht entgegenstehe (vorstehend E. 2.1-2).

E. 4.4

Eine posttraumatische Belastungsstörung entsteht als verzögerte oder protra hierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen der PTBS assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0)

über (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 207 f.).

E. 4.5

Objektiv betrachtet erscheint es zumindest fraglich, ob es sich bei den vorliegenden Ereignissen vom Dezember 2010 und vom Januar 2012 (vorstehend E. 3.1-2) tatsächlich

um traumatisierende Ereignisse von aussergewöhnlicher Schwere (vgl. die Formulierung in den diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 F43.1), mithin auslösende Trauma von hinreichender Schwere (vgl. BGE 142 V 343 E. 5.2.2), handelt, welche von der Diagnose einer PTBS im Sinne der ICD-10 erfasst sind. Dagegen spricht nicht zuletzt, dass im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren beide Ereignisse (objektiv) als Unfälle im eigentlich mittleren Bereich qualifiziert

wurden (Urk. 22 E. 5.2). Der psychiatrische Gutachter Dr. D. ___ nahm keine Stellung zu den Traumakriterien gemäss ICD-10, sondern bejahte diese hinsichtlich beider Ereignisse unter Hinweis auf das (sich von der Definition gemäss ICD-10 unterscheidende) A-Kriterium des DSM-V. Auch hinsichtlich der weiteren Symptome nahm er Bezug auf das DSM-V, bejahte aber schliesslich das Vorliegen einer PTBS im Sinne von ICD-10 F43.1 (vorstehend E. 3.7). Im Unterschied zu den Ärzten der C. ___ (vorstehend E. 3.4) verneinte Dr. D. ___ allerdings das Vorliegen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), was er in nachvollziehbarer Weise damit begründete, dass die (in den diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 F62.0 beschriebenen) Diagnosekriterien nicht erfüllt seien (Urk. 6/81 S. 25 f.).

Die Beachtung von DSM-5 Kriterien zwecks Diagnose einer PTBS ist nicht unstatthaft (vgl. BGE 130 V 396 E. 6.3). Um die Auswirkungen einer PTBS auf das Leistungsvermögen beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit zu erheben und zu gewichten, bedarf es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung aber in jedem Fall des konsistenten Nachweises mittels sorgfältiger Plausibilitätsprüfung, für welche das strukturierte Beweisverfahren unter Verwendung der Standardindikatoren nach Massgabe von BGE 141 V 281 durchzuführen ist (BGE 142 V 342; vgl. vorstehend E. 1.3). Auf diesem Weg kann nicht zuletzt auch den konzeptuellen Unterschieden zwischen DSM-5 und ICD-10 Rechnung getragen werden (BGE 142 V 342 E. 5.2.3). Insofern braucht vorliegend nicht weiter auf die gutachterliche Vorgehensweise bei der Diagnostik eingegangen zu werden. Die Relevanz der attestierten Einschränkung ist anhand des normativen Prüfrasters (vorstehend E. 1.3) zu prüfen.

Die Auffassung des Beschwerdeführers, wonach die Indikatorenpraxis in seinem Fall nicht zur Anwendung zu bringen sei, da der Gutachter die Kriterien A bis C des DSM-V als erfüllt erachtet habe und das Beschwerdebild somit objektivierbar sei (Urk. 19 S. 10 f. Ziff. 32 f.), kann nicht geteilt werden. Denn das Bundesgericht hat insbesondere mit Blick auf die für eine PTBS (sowohl in den ICD-10 als auch dem DSM-V beschriebenen) typischen Symptome wie Nachhallerscheinungen, Alp-/Träume, Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Überwachsamkeit sowie erhöhte Schreckhaftigkeit erwogen, dass es sich bei der PTBS ganz allgemein um eine Störung handelt, die keinen Bezug zu einem organischen Geschehen aufweist und für die sich keine oder kaum objektivierbare Befunde erheben lassen. Die Bejahung der (nicht oder kaum objektivierbaren) Symptome bedeutet entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers also nicht gleichsam Objektivierbarkeit des Beschwerdebildes.

E. 4.6

Vorab ist festzuhalten, dass Dr. D. ___ anlässlich der Begutachtung keine Anzeichen für eine Aggravation und keine Diskrepanzen feststellen konnte (vorstehend E.

3.9), sodass das Vorliegen von Ausschlussgründen (BGE 141 V 281 E.

E. 4.7

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ anbelangt, so bejahte Dr. D.____ in seiner ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E. 3.9) eine deutliche Ausprägung der Symptome der PTBS. Dies kann angesichts der Tatsache, dass er im psychiatrischen Untersuchungsbefund ausführte, Alpträume oder Intrusionen - und damit die für eine PTBS wesentlichen und typischen Symptome des Wiedererlebens - seien seit Monaten nicht mehr aufgetreten (Urk. 6/81 S. 23 oben), nicht nachvollzogen werden. Das Vermeiden traumaassoziierter Situationen ist sodann zumindest im Zusammenhang mit dem Ereignis vom Dezember 2010 (vorstehend E. 3.1), welches der Gutachter (ebenfalls) als auslösendes Trauma wertete, nicht ausgewiesen, wird doch im Gutachten nur ein Vermeidungsverhalten im Zusammenhang mit dem Ereignis vom Januar 2012 beschrieben (vgl. vorstehend E. 3.7).

Aufgrund der seit 2012 stattfindenden ambulanten psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung ging Dr. D.____ des Weiteren von einer gewissen Behandlungsresistenz aus. In diesem Zusammenhang bemerkenswert ist allerdings, dass sich aus den Akten keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die von den Ärzten der C.____ als indiziert bezeichnete traumaspezifische Psychotherapie durchgeführt worden wäre, und dass auch die empfohlene Behandlung mit einem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bislang nicht erfolgte (vgl. Urk. 6/41 S. 3 Ziff. 1.5, Urk. 6/81 S. 21 Mitte und S. 27 unten). Vor diesem Hintergrund ist eine Behandlungsresistenz im Sinne des Scheiterns einer indizierten und lege artis durchgeführten Therapie nicht erwiesen, was umso bedeutsamer ist, als in der Mehrzahl der Fälle mit diagnostizierter PTBS

eine Heilung erwartet werden kann (vgl. vorstehend E. 4.4).

Was allfällige Komorbiditäten anbelangt, so können das gutachterlich diagnostizierte thorakolumbale Syndrom und die thorakolumbale muskuläre Dysbalance kaum als massgebliche somatische Komorbiditäten gelten, zumal sich diese nur insofern auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken, als sie der Ausübung einer körperlich schweren Tätigkeit entgegenstehen. Dr. D.____ bejahte hingegen eine psychische Komorbidität in Form einer rezidivierenden depressiven Störung (vorstehend E. 3.9). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E).

E. 4.8

Den Komplex „Persönlichkeit“ betreffend kann festgehalten werden, dass psychiatrischerseits keine eigentlichen Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden. Im gutachterlich-psychiatrischen Untersuchungsbefund ist auch keine auffallende Persönlichkeitsstruktur beschrieben (vgl. Urk. 6/81 S. 21 f.) und der Gutachter verneinte explizit das Vorliegen anderer als der von ihm diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen (Urk. 6/81 S. 26 Mitte). Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde allerdings ausgeführt, es bestünden Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer seit jeher über eine geringe kognitive Leistungsfähigkeit verfüge. Er habe nur fünf Jahre die Schule besucht und keine Berufsausbildung absolviert, was sich auch im ermittelten IQ von 63 spiegle (Urk. 6/81 S.

38). Dies lässt eine gewisse Einschränkung der Ressourcen im intellektuellen Bereich naheliegend erscheinen. Andererseits wies der neuro psychologische Gutachter aber auch darauf hin, dass der Beschwerdeführer trotz der (vorbestehend) schwachen Intelligenz (während mehrerer Jahre, vgl. Urk. 6/81 S. 10 Mitte) in der Lage war, zu 100 % einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und dass die anlässlich der Untersuchung gezeigten geringen Testleistungen unter anderem auch darauf zurückzuführen waren, dass der Beschwerdeführer die tatsächlich vorhandene Leistungsfähigkeit nicht ausgeschöpft hat (Urk. 6/81 S. 38). Insgesamt ist nicht auszuschliessen, dass sich die verminderten Ressourcen im intellektuellen Bereich negativ auf das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers auswirken, dies allerdings nicht in einem Ausmass, dass dem Komplex der Persönlichkeit im Rahmen der Ressourcenprüfung entscheidungsrelevante Bedeutung beizumessen wäre.

E. 4.9

Was den Komplex „Sozialer Kontext“ anbelangt, so gab der Beschwerdeführer an, dass er seit dem Unfall im Januar 2012 dazu neigt, sich zurückzuziehen und dass er weniger soziale Kontakte als vorher wahrnehme (Urk. 6/81 S. 19 oben). Aus dem Gutachten (Urk. 6/81 S. 19 f., S. 26 oben) und der ergänzenden Stellungnahme (vorstehend E. 3.9) geht aber auch hervor, dass der Beschwerdeführer in der Familie sehr gut eingebettet ist, er auch über den engsten Familienkreis hinaus Kontakte pflegt, indem er an den Wochenenden regelmässig an Treffen und Ausflügen mit der Familie der Ehefrau teilnimmt und er immerhin noch regelmässigen Kontakt zu zwei bis drei Freunden pflegt. Des Weiteren verfügt er über einen relativ strukturierten Tagesablauf, indem er täglich sowohl am Morgen als auch am Nachmittag mit seinen Freunden spazieren geht, gemeinsam mit der Familie das Mittagessen einnimmt, regelmässig den zwölfjährigen Sohn und die neunjährige Tochter seiner Ehefrau (vgl. Urk. 6/81 S. 19 oben) von der Schule abholt, sie bei den Hausaufgaben zu unterstützen versucht, mit ihnen spielt und das Abendessen mit ihnen einnimmt (Urk. 6/81 S. 20 unten). Damit hält der soziale Lebenskontext des Beschwerdeführers nicht unerhebliche, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren bereit, worauf auch Dr. D. ___ hinwies (vorstehend E. 3.9).

E. 4.10

Beweisrechtlich entscheidend ist schliesslich der Aspekt der Konsistenz, unter welchen verhaltensbezogene Kategorien fallen (BGE 141 V 281 E. 4.4). Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt 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 (BGE 141 V 281 E. 4.4.1). Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolge oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.2).

Mit Verweis auf die vorstehenden Ausführungen (E. 4.9) kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer sich aktiv und regelmässig an der Betreuung der Kinder beteiligt und er weiter regelmässige soziale Kontakte sucht und unterhält. Dieses Aktivitätsniveau ist nur schwer vereinbar mit der geltend gemachten, nahezu vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Ins Gewicht fällt aber vor allem auch das nicht ausgeschöpfte Therapiepotenzial, welches gemäss Dr. D.____ sowohl bezüglich der diagnostizierten PTBS als auch der depressiven Symptomatik besteht (Urk. 6/81 S. 27 unten). Dass der Beschwerdeführer bis lang insbesondere nicht für die von den Ärzten der C.____ empfohlene traumatische Psychotherapie (vgl. vorstehend E. 3.4) zu gewinnen war, er lediglich einmal monatlich eine 30-minütige psychotherapeutische Therapiesitzung in Anspruch nimmt (Urk. 6/81 S. 21 oben) und die aktuelle psychopharmakologische Medikation gemäss den Feststellungen im Gutachten nicht den erforderlichen Plasmaspiegel erzeugte (Urk. 6/81 S. 27 oben), spricht - wie auch Dr. D.____ feststellte (vorstehend E. 3.9) - gegen einen erheblichen Leidensdruck und weist auf eine unzureichende Konsistenz hin. Dass der Beschwerdeführer seit dem 5. April 2016 neu bei Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung steht, welcher gemäss Zeugnis vom 16. Dezember 2016 (Urk. 20) die Durchführung von Konsultationen in zweiwöchigen Abständen plant, vermag daran nichts zu ändern, da es potentiell inkonsistent erscheint, dass der Beschwerdeführer diese Behandlung erst nach dem abschlägigen Rentenentscheid begann (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4. 2 sowie Urteil des Bundesgerichts 9C_885/2015 vom 13. Januar 2016 E. 2). Anhaltspunkte dafür, dass die bislang nicht optimale Compliance des Beschwerdeführers klarerweise auf eine unabwendbare krankheitsbedingte Unfähigkeit zurück zu führen ist, sind den medizinischen Unterlagen keine zu entnehmen. Wenig überzeugend ist schliesslich die Argumentation des Beschwerdeführers, wonach sein tiefes Bildungsniveau einer Gesprächstherapie entgegenstehe (Urk. 19 S. 6 Ziff. 17), zumal ärztlicherseits keine dahingehenden Äusserungen aktenkundig sind.

E. 4.11

Die abschliessende Würdigung des Beschwerdebildes anhand der Standardindikatoren ergibt, dass auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wie sie sich aus dem Gutachten ergibt, nicht abgestellt werden kann. Es ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass der medizinisch festgestellte Gesundheitsschaden funktionelle Auswirkungen hat. Eine invalidisierende psychische Beeinträchtigung ist demnach zu verneinen.

Von der eventualiter beantragten Rückweisung der Sache ist abzusehen, da sich der medizinische Sachverhalt als rechtsgenügend abgeklärt erweist.

E. 4.12

Anzumerken bleibt, dass das Z.____-Gutachten vor der Veröffentlichung der überarbeiteten Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der SGPP vom 16. Juni 2016 erstellt wurde. Zu den vom Beschwerdeführer unter Hinweis auf die Qualitätsleitlinien angeführten, bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigenden Faktoren (Urk. 19 S. 8 f.) nimmt das Gutachten nicht explizit Stellung. Selbst wenn davon auszugehen wäre, dass das Z.____-Gutachten genüge den Anforderungen an die neuen Qualitätsleitlinien der SGPP nicht, besteht vorliegend keine Veranlassung, von der aktuell gelten den bundesgerichtlichen Rechtsprechung abzuweichen und ohne Plausibilitätsprüfung anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auf die medizinische

Beurteilung abzustellen.

E. 5.1

Nach dem Gesagten bleibt zu prüfen, wie sich die somatisch bedingten Einschränkungen (vgl. vorstehend E. 4.1) in erwerblicher Hinsicht auswirken.

E. 5.2

Gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung (Urk. 6/81 S. 44) sowie die Angaben im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 6/23 S. 6 Mitte) ist davon auszugehen, dass die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur auch das Heben schwerer Lasten beinhaltete (Urk. 6/81 S. 44). Dies ist dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht nicht mehr zumutbar. Zudem wurde aus neuropsychologischer Sicht vom Führen eines Fahrzeugs abgeraten (vorstehend E. 3.7). Leichte bis mittelschwere, wechselnde Tätigkeiten in Form von praktisch-manuellen Routinetätigkeiten sind dem Beschwerdeführer hingegen vollzeitlich zumutbar (vorstehend E. 3.7 und E. 4.1).

E. 5.3

Im Jahr 2011 erzielte der Beschwerdeführer als Lastwagenchauffeur bei der Y.____ ein Einkommen von Fr. 66'900.-- (inklusive 13. Monatslohn und Prämie; Urk. 6/20/5, Urk. 6/25/2). In den Jahren zuvor lag das Einkommensniveau ebenfalls in diesem Bereich oder darunter (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, Urk. 6/20).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). Der Griff zur Lohnstatistik ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Im Jahr 2012 belief sich das von Männern

in einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen in einem 100 %-Pensum durchschnittlich erzielte Einkommen pro Monat auf Fr. 5'210.-- (LSE 2012, S. 35, Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn nach Wirtschaftszeigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total Männer), mithin Fr. 62'520.-- pro Jahr. Dieser Wert entspricht dem Lohnniveau, das der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner körperlichen Einschränkungen erreichen könnte. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2012 von 41.7 Stunden (Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, T03.02, 2012 Total) resultiert somit ein Invalideneinkommen von rund Fr. 65'177.-- für das Jahr 2012 (Fr. 62'520.-- : 40 x 41.7). Damit kann der Beschwerdeführer ohne weiteres ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen (Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG; BGE 130 V 343 E).

E. 5.4

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 6.2

Dass vom Gericht eine ergänzende Stellungnahme (Urk. 11) eingeholt werden musste, ist darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt ungenügend abgeklärt hat, weshalb sie die entsprechenden Kosten von Fr. 1'200.-- (Urk. 12) zu übernehmen hat. 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.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Gericht die entstandenen zusätzlichen Kosten von Fr. 1'200.-- zu erstatten. 4.

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

Gegen diese Entscheidung 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, zu zustellen.

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 Ryf

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