

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00534 vom 29. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00534

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00534 du 29 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00534 del 29 settembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, absolvierte eine Lehre zum uniformierten Post beamten und erlangte später das Handelsdiplom (Urk. 7/5 und 7/16-18). Von April 2010 bis Januar 2016 war er am Y.____ als Sachbearbeiter in der Debitorenbewirtschaftung angestellt (Urk. 7/18, 7/32 und 7/107/49). Unter Hinweis auf ein Thoracic-outlet-Syndrom links sowie Beeinträchtigungen der Bandscheiben meldete er sich am 1. Juni 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte in der Folge nebst einem Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 7/12) einen Arbeitgeberfragebogen (Urk. 7/32) sowie diverse Arztberichte (Urk. 7/3, 7/14, 7/23 und 7/28) ein. Mit Schreiben vom 17. April 2013 teilte sie dem Versicherten mit, dass kein Anspruch auf berufliche Massnahmen wie namentlich eine Umschulung bestehe (Urk. 7/26). Im Weiteren gab die IV-Stelle bei der Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Z.____-Gutachten samt ergänzender Stellungnahme vom 14. Oktober 2013; Urk. 7/51 f.). Mit Vorbescheid vom 19. November 2013 stellte sie dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/56), wogegen jener am 5. Dezember 2013 sowie ergänzend am 30. Januar und 3. Februar 2014 Einwände erhob (Urk. 7/61, 7/67 und 7/69). Nach Eingang weiterer Arztberichte (Urk. 7/68 und 7/76) und einer weiteren Stellungnahme der Z.____-Experten (Urk. 7/70) liess die IV-Stelle den Versicherten wiederum bei der Z.____ interdisziplinär untersuchen (Z.____-Gutachten vom 29. September 2015; Urk. 7/95). Am 1. April 2016 verfügte die IV-Stelle sodann im Sinne des Vorbescheids (Urk. 7/102 = Urk. 2). Gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. April 2016 (Urk. 7/103 = Urk. 3/3) stellte der Versicherte am 19. April 2016 ein Wiedererwägungsgesuch (Urk. 7/104), auf welches die IV-Stelle mit Verfügung vom 28. April 2016 nicht eintrat (Urk. 7/106).

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

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

E. 1.4

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).

Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, keine Zweifel an ihrem Beweiswert. Auch Parteigutachten enthalten Äusserungen eines Sachverständigen, die zur Feststellung eines medizinischen Sachverhaltes beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass eine solche Expertise den gleichen Rang besitzt wie ein vom Gericht oder von der Verwaltung im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingeholtes Gutachten. Trotz dieser beschränkten Bedeutung verpflichtet es - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen eine solche Expertise - das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob das Parteigutachten in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/dd und c sowie Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 750/05 vom 7. April 2006 E. 1.3). 2.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 1. April 2016 (Urk. 2) erhob X.____ am 4. Mai 2016 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine Invalidenrente nach den gesetzlichen Bestimmungen zuzusprechen. Eventualiter sei

die Angelegenheit zwecks Erstellung eines Obergutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2016 ersuchte die IV-Stelle um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), worüber der Versicherte mit Verfügung vom 8. Juni 2016 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 1. April 2016 (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, die Z.____-Gutachter hätten in ihrer Expertise vom 14. Oktober 2013 keine medizinischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Dementsprechend liege kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor und es bestehe auch kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 1 f.).

Unter Bezugnahme auf die seitens des Versicherten im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwände und neu eingereichten medizinischen Unterlagen hielt die IV-Stelle im Weiteren fest, dass diese Dokumente der Z.____ zunächst zur Stellungnahme vorgelegt worden seien. Die Gutachter seien zur Auffassung gelangt, dass keine neuen schlüssigen Befunde oder Beurteilungen vorliegen würden, welche die psychiatrische Teilexpertise in Frage zu stellen vermögen. In der Folge sei bei der Z.____ ausserdem ein interdisziplinäres Verlaufsgutachten eingeholt worden, auf welches abgestellt werden könne. Demnach lägen nach wie vor keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Das psychiatrische Parteigutachten ändere am Beweisergebnis nichts und von weiteren Abklärungen seien keine neuen Erkenntnisse mehr zu erwarten (S. 2).

E. 2.2

Hiergegen brachte der Versicherte in seiner Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2016 (Urk. 1) zur Hauptsache vor, die Z.____-Gutachter hätten sich nicht oder nur unzureichend mit den Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinandergesetzt, weshalb die Expertise beweisrechtlich nicht verwertbar sei. Das Gutachten von Dr. A.____ erfülle hingegen sowohl formell als auch materiell die Anforderungen an die bundesgerichtliche Rechtsprechung und weise einen invalidisierenden Gesundheitsschaden aus. Demzufolge bestehe ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Sofern das Gericht zur Erkenntnis gelangen sollte, dass auch dem Z.____-Gutachten Beweiswert zukomme, sei die Sache aufgrund der gegenteiligen Beurteilungen zur Erstellung eines Obergutachtens an die IV-Stelle zurückzuweisen (S. 7 ff.). 3. 3.1

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt zusammenfassen:

Dr. med. B.____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte am 31. Januar 2012 ein neurogenes Thoracic-outlet-Syndrom links mit leichtgradiger unterer Armplexusparese links (Urk. 7/3/2). Der Versicherte habe insbesondere von einem dumpfen „Ziehen und Stechen“ im linken Arm mit inkonstanter Taubheit des Ringfingers und des kleinen Fingers berichtet. Begleitend bestehe eine leichte Kraftlosigkeit des linken Arms (Urk. 7/3/3). 3.2

Dr. med. C.____ stellte in seinem Bericht vom 13. Juli 2012 zusätzlich eine längere Anpassungsstörung mit depressiver und ängstlicher Reaktion (ICD-10 F43.22) fest (Urk. 7/14/1). Der Beschwerdeführer zeige typische Symptome von Depression und Überforderung am Arbeitsplatz mit psychischer wie körperlicher Müdigkeit, Reizbarkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen sowie Vergesslichkeit. Vom 23. Januar bis

28. Februar 2012 sei die Arbeitsfähigkeit zu 100 % und seit März 2012 zu 50 % eingeschränkt. Diese Beeinträchtigung bestehe sicherlich noch ein bis zwei Monate fort (Urk. 7/14/2 f.). 3.3

Im Rahmen seiner vertrauensärztlichen Untersuchungen vom 19. Juli 2012 und 31. Januar 2013 attestierte Dr. med. D.____, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, ebenfalls eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/28/11 und 7/28/23). Diagnostisch wies er dabei insbesondere auf das neurogene Thoracic-outlet-Syndrom, vegetative Begleitbeschwerden sowie eine Burnout-Symptomatik hin (Urk. 7/28/9 und 7/28/22) und ging in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2013 von einer bleibenden Einschränkung aus (Urk. 7/28/25). 3.4

Dem polydisziplinären Z.____-Gutachten vom 14. Oktober 2013 (Urk. 7/51) lassen sich verschiedene Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen, so namentlich (Urk. 7/51/24): - Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) - Chronische Beschwerden an adominanter linker oberer Extremität und Halswirbelsäule (ICD-10 M79.60/M54.2) - Symptomausweitung (ICD-10 F54), Differentialdiagnose im Rahmen einer Somatisierungs- respektive dissoziativen Störung.

Aus internistischer Sicht führte Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, dass weder die intermittierend nachts verspürten Abdominalbeschwerden noch das leicht erhöhte Serumkreatinin die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden. Im Vordergrund stehe die Problematik im Bereich des linken Armes und der linken Gesichtshälfte, welche aus spezial ärztlicher Sicht zu beurteilen sei (Urk. 7/51/8).

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, äuserte sich dahingehend, dass der Explorand über eine erhöhte Ermüdbarkeit mit Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen sowie eine Sensibilitätsstörung im linken Arm geklagt habe. Trotz verschiedener lebensgeschichtlicher Belastungssituationen fühle sich der Versicherte nicht psychisch krank, sondern sei überzeugt, unter Beschwerden mit einer somatischen Ursache zu leiden. Im Gespräch habe er eher untergründig leicht depressiv gewirkt, wobei in den Akten eine depressive Symptomatik mit einer Anpassungsstörung dokumentiert sei. Diese könne bestätigt werden. Eine psychische Überlagerung im Sinne einer Somatisierung sei vor diesem Hintergrund möglich (Urk. 7/51/11). Weiter hätten sich etwas akzentuierte Persönlichkeitszüge eruieren lassen, wobei die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht gestellt werden könne. Insgesamt liege keine schwere psychische Störung vor, weshalb die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei (Urk. 7/51/12).

Gemäss orthopädischer Beurteilung von Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hätten sich die vom Exploranden geklagten Beschwerden in keiner Weise nachvollziehen lassen. Auf radiologischer Ebene seien zwar deutliche degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule dokumentiert worden, jedoch würde es an klaren Hinweisen für eine Neurokompression oder Myelopathie mangeln. Die fehlenden Zeichen längerdauernder Schonung des linken Arms würden ferner gegen die als erheblich geschilderten Einschränkungen im Alltag sprechen, sodass eine deutliche Schmerzausweitung angenommen werden könne. Es handle sich vordergründig um ein neurogenes Leiden. Sowohl für die angestammte Tätigkeit wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit liege aus orthopädischer Sicht eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/51/17).

Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, wies darauf hin, dass der aktuelle neurologische Befund auf jeden Fall nicht mit einer organischen Läsion peripherer oder zentraler Lokalisation vereinbar sei. Die Ober- und Unterarmmuskulatur sei seitengleich ausgeprägt bei gut erhältlichen Reflexen. Im Weiteren würden trophische Störungen fehlen. Bei den Kraftprüfungen hätten sich Inkonsistenzen und teilweise eine Innervierung des Antagonisten feststellen lassen. Es stelle sich die Frage einer dissoziativen Bewegungs- und Empfindungsstörung, welche in das psychiatrische Fachgebiet falle. Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 7/51/20).

In der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. I.____ habe der Versicherte sodann in sämtlichen geprüften Bereichen durchschnittliche bis überdurchschnittliche Resultate erzielt, weshalb keine Diagnose gestellt werden könne und die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt sei (Urk. 7/51/23).

Im polydisziplinären Konsens kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer unter einem Beschwerdekomplesx leide, der aus somatischer Sicht nicht objektiviert werden könne. Bei fehlender psychiatrischer Komorbidität mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei beim Versicherten von einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit im kaufmännischen Bereich als auch in sämtlichen anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten auszugehen (Urk. 7/51/26). 3.5

Dr. C.____ merkte in seiner Stellungnahme vom 29. Januar 2014 an, dass entgegen den Einschätzungen der Z.____-Gutachter eine psychiatrische Komorbidität - am ehesten in Form von rezidivierenden depressiven Episoden (ICD-10 F33) - vorliege. Ferner habe sich das Arbeitspensum von 50 % als gerade richtig erwiesen. Mehr Leistung sei dem Versicherten aufgrund des Konzentrationsmangels und der Erschöpfung nicht möglich gewesen (Urk. 7/68/5). Der Arbeitswille und die Anstrengungsbereitschaft des Versicherten seien im Z.____-Gutachten in keiner Weise gewürdigt und bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden (Urk. 7/68/6). Die Gesamtbeurteilung mit der Annahme einer voll erhaltenen Arbeitsfähigkeit und Belastbarkeit entspreche nicht den klinischen Wahrnehmungen der behandelnden Fachpersonen und die Argumentation der Gutachter sei in dieser Hinsicht weder nachvollziehbar noch überzeugend (Urk. 7/68/7). 3.6

Bezugnehmend auf diese Kritik äusserten sich die Z.____-Experten am 15. Mai 2014 dahingehend, dass die von Dr. C.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen Depression nicht auf objektiven Befunden, sondern einzig auf subjektiven Angaben des Versicherten beruhe. Im psychiatrischen Teilgutachten sei klar begründet worden, weshalb von einer leichten depressiven Symptomatik auszugehen sei (Urk. 7/70/1). Insbesondere sei kein deutlicher phasischer Verlauf mit auch symptomfreien Intervallen, wie dies für eine rezidivierende depressive Störung notwendig wäre, fachärztlich ausgewiesen. Der vom Versicherten gegenüber Dr. C.____ angegebene Konzentrationsmangel und die Erschöpfung hätten anlässlich der Begutachtung gerade nicht objektiviert werden können. Insgesamt würden aus psychiatrischer Sicht keine neuen schlüssigen Befunde oder Beurteilungen vorliegen, welche die psychiatrische Teilexpertise in Frage stellen könnten (Urk. 7/70/2).

3.7

Im polydisziplinären Z.____-Gutachten vom 29. September 2015 (Urk. 7/95) wurden insbesondere die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/95/24): - Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - Dissoziative sensomotorische Störung am linken Arm (ICD-10 F44.7) - Chronisches linksseitiges

Zervikalsyndrom (ICD-10 M47.82) - Anamnestisch osteochondrische Veränderungen Halswirbelkörper 5-7 (ICD-10 M42.12).

Gegenüber Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, habe der Versicherte angegeben, seit dem 7. Januar 2012 unter einem „Lähmungsgefühl“ im linken Arm sowie einer Gefühlsstörung im linken Ring- und Kleinfinger zu leiden, nachdem plötzlich heftige nadelstichartige Schmerzen im Brustbereich aufgetreten seien. Er könne den Arm zwar bewegen; dieser sei jedoch bis in den linken Schulterbereich gefühllos. Er verspüre ausserdem konstant ziehende bis stechende Schmerzen mit Ausstrahlung bis in die linke Kopfseite und teilweise bis in die rechte Schläfenregion. Die Intensität der Schmerzsymptomatik im linken Arm und Kopfbereich sei mit 8 auf der 10er Analogskala angegeben worden (Urk. 7/95/7 f.). Die Befunde im allgemeinintellektuellen Status seien gemäss Dr. J.____ unauffällig gewesen, was auch hinsichtlich der Ergebnisse der Blutuntersuchung gelte. Aus allgemeinintellektueller Sicht sei die Arbeitsfähigkeit daher nicht eingeschränkt (Urk. 7/95/9).

Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten fest, der Explorand habe sich dahingehend geäussert, dass es ihm psychisch gut gehe. Er habe über Beschwerden im linken Arm-, Schulter- und Kopfbereich berichtet. In den ersten zwei Jahren seit deren Auftreten habe er Mühe gehabt, die Schmerzen zu akzeptieren, sei zum Teil depressiv gewesen und habe sich zurückgezogen. Nun könne er besser mit seinen Beschwerden umgehen. Psychisch gehe es ihm wieder gut und er nehme auch keine Antidepressiva mehr ein (Urk. 7/95/10). Während der Untersuchung sei die Stimmung ausgeglichen und die Psychomotorik lebhaft gewesen. Antriebstörungen hätten sich nicht finden lassen. Der Explorand habe einen wachen, bewusstseinsklaren Eindruck gemacht. Zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person sei er gut orientiert gewesen. Während der ganzen Untersuchung habe er keine Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt und auf die gestellten Fragen gut eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Anhaltspunkte für wahnhaftes Denken, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen hätten sich nicht eruieren lassen. Der Versicherte habe zudem weder über Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Phobien, Ängste, Suizidgedanken oder Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages berichtet (Urk. 7/95/12).

Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nur noch 50 % arbeiten zu können, hätten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden können, weshalb eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Der Versicherte klage aber nicht über einen schweren Schmerz, der ihn im Alltag völlig einschränke und sei psychosozial oder emotional nicht belastet. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne daher nicht gestellt werden. Das Symptom Schmerz stehe im Vordergrund, die Klagen über Sensibilitäts- und motorische Einbussen seien im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung zu sehen. Soweit sie somatisch nicht hinreichend objektiviert werden können, seien sie in das Krankheitsbild einer dissoziativen Störung einzuordnen. Insgesamt würden jedoch weder die Schmerzverarbeitungs- noch die dissoziative Störung nach Evaluation der Indikatoren gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Der Versicherte könne in der Regel gut schlafen und habe morgens keine Mühe aufzustehen. Vormittags arbeite er, ruhe sich dann circa eine Stunde aus und kümmere sich nachmittags um den Haushalt, welchen er bis auf schwere Arbeiten selbständig führe, oder

besuche seine zahlreichen Therapien. Er pflege auch rege soziale Kontakte und führe seit einem Jahr eine Beziehung mit seinem Freund. In seiner Freizeit löse er vor allem Denksportaufgaben, sehe fern oder treffe sich mit Freunden (Urk. 7/95/13).

Dr. med. L. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, wies darauf hin, dass die orthopädische Detail- und Untersuchung des Rumpfes und der Beine keine wesentlichen Pathologien ergeben habe. Am rechten Arm habe sich eine freie Beweglichkeit sämtlicher Gelenke bei guter Kraftentfaltung gezeigt. Der linke Arm sei hingegen kaum aktiv eingesetzt worden. Passiv bestehe eine praktisch freie Beweglichkeit, doch habe der Versicherte beim Führen des linken Arms über die Horizontale nadelstichartige Schmerzen an linken Nacken- und Kopfhälfte angegeben. Dies lasse sich aus orthopädischer Ebene nicht ausreichend erklären; es werde auf die neurologische Beurteilung verwiesen. Auffallend sei allerdings, dass der Explorand trotz der anamnestisch mehrjährigen weitgehenden Funktionslosigkeit des linken Arms ein nahezu symmetrisches Relief von Schultern und Armen aufweise. Seine Angabe, durch passives beziehungsweise aktiv-assistiertes Bewegungstraining mittels eines Flaschenzuges ein Umfangsdefizit von 8 cm am Oberarm kompensiert zu haben, sei nicht plausibel nachvollziehbar. Zusammenfassend lasse sich die vom Beschwerdeführer angegebene Problematik am linken Arm mit einer weitgehenden Funktionslosigkeit im Alltag aus orthopädischer Sicht nicht ausreichend begründen. Entsprechend könne auch kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Allgemein seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, bei denen eine Hebe- und Tragelimit von 15 Kilogramm nur ausnahmsweise und eine solche von 20 Kilogramm nicht überschritten werde und keine repetitiven Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen vorkämen, uneingeschränkt zumutbar (Urk. 7/95/17 f.).

Aus neurologischer Sicht führte Dr. med. M. ____, Facharzt für Neurologie, aus, dass die präsentierten Einschränkungen des linken Arms weder mit einer peripheren neurogenen Läsion (Plexusneuropathie) noch mit einer zentralen Störung des Nervensystems erklärt werden könnten. Bei der Prüfung der Motorik habe der Versicherte eine stark ausgeprägte Verlangsamung und hochgradige Schwäche am linken Arm gezeigt, wobei es zur Gegeninnervation gekommen sei. Später hätten jedoch beim Ankleiden rasche, gezielte Bewegungsabläufe beobachtet werden können. Im Weiteren spreche die fehlende muskuläre Atrophie am linken Arm dafür, dass dieser deutlich mehr eingesetzt werde, als dies vom Exploranden berichtet werde. Unter Berücksichtigung der Untersuchungsergebnisse und der beschriebenen Aggravation könne davon ausgegangen werden, dass es sich um eine funktionelle Störung am linken Arm handle. Bezüglich der linksseitigen Nackenschmerzen fänden sich klinische Hinweise auf ein leichtes bis mässiges Zervikalsyndrom. Im Ergebnis attestierte Dr. M. ____, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht (Urk. 7/95/21).

Im interdisziplinären Konsens kamen die Z. ____, -Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte für die angestammte Tätigkeit im Bürobereich wie auch für eine andere körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig sei. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Exploranden sei die Prognose für eine vollständige Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess unsicher. Es bestehe ein verdeutlichendes, aggravierendes Verhalten (Urk. 7/95/26). 3.8

Dr. med. A. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 14. April 2016 eine dissoziative Störung (ICD-10 F44.7),

welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Dies sei demgegenüber in Bezug auf die ebenfalls festgestellte Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) nicht der Fall (Urk. 7/103/36).

Der Versicherte habe geschildert, dass er sich wie immer erschlagen fühle. Er verspüre ein Ziehen und Stechen im linken Arm. Dieses gehe vom Handgelenk zum Arm herauf bis zur Schulter und Nacken sowie bis zur linken Schädelhälfte. Es würden nach wie vor Funktionseinbussen bestehen. Er könne seinen linken Arm nicht über die Höhe der Schulter bewegen und die Kraft sei ebenfalls eingeschränkt, wobei er diese durch unterschiedliche Therapien habe steuern können. Sensibilitätsstörungen seien zum Teil vollständig vorhanden, er spüre kaum etwas bis gar nichts. So habe er sich beispielsweise in der Weihnachtszeit 2014 sehr stark am heissen Backofen verbrannt, ohne es zu merken. Die Bewältigung des Alltags sei recht anstrengend. Dem Exploranden sei es oft übel; psychisch fühle er sich aber auch dank der funktionierenden Beziehung zu seinem Partner stabil (Urk. 7/103/29).

Zum Psychostatus äusserte sich Dr. A. ___ insbesondere dahingehend, dass weder formale Denkstörungen noch sprunghaftes Denken oder Ideenflucht feststellbar gewesen seien. Auch inhaltliche Denkstörungen, Wahn- und Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen seien nicht vorhanden. Zwänge und Ängste seien verneint worden. Der Schlaf sei schmerzbedingt unruhig; es komme zu Durchschlafstörungen. Ein partieller sozialer Rückzug sei ebenfalls vorhanden. Von akuter Suizidalität habe sich der Versicherte deutlich distanziert (Urk. 7/103/31). Insgesamt sei der Psychostatus weitgehend unauffällig. Abgesehen von einem partiellen sozialen Rückzug seien keine depressiven Symptome eruierbar gewesen. Auch in der Beurteilung der Persönlichkeit würden sich keine Auffälligkeiten zeigen. Ein aggravierendes Verhalten sei nicht beobachtbar gewesen (Urk. 7/103/41). Die behandelnden Ärzte würden es ebenfalls nicht für möglich erachten, dass der Versicherte seine Beschwerden vortäusche. Eine unbewusste Symptomausweitung sei gerade typisch für psychosomatische Störungen wie die gemischte dissoziative Störung gemäss ICD-10 F44.7, welche unter Berücksichtigung der vorhandenen Bewegungs- und Sensibilitätsbeeinträchtigungen zu diagnostizieren sei. Deren Schweregrad sei als mittelschwer einzuschätzen (Urk. 7/103/42). Die Einschränkungen im Alltag des Exploranden würden verschiedene Tätigkeiten umfassen, welche mit dem linken Arm ausgeführt werden müssten. In seiner angestammten Bürotätigkeit sei er dadurch deutlich limitiert. Unter Berücksichtigung der schweren Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit gemäss der Mini-ICF-APP-Untersuchung müsse von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Büroangestellter ausgegangen werden (Urk. 7/103/43 ff.). 4. 4.1

Zwischen den Parteien ist strittig, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 f.).

Vorab ist das Z. ___-Gutachten vom 29. September 2015 (Urk. 7/95; vgl. E. 3.7) auf dessen Beweiswert zu überprüfen. Es basiert auf umfassenden internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Abklärungen. Die Expertise wurde in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/95/2 ff.). Des Weiteren konnte der Beschwerdeführer gegenüber den einzelnen Gutachtern seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 7/95/7 ff., 7/95/10 ff., 7/95/14 f. und 7/95/18 f.). Insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnte er sich zu diversen Themenbereichen wie seinem beruflichen Werdegang, dem gewöhnlichen Tagesablauf und der familiären Situation äussern (Urk. 10/95/10 ff.).

Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei diese wie auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 7/95/9 f., 7/95/12 ff., 7/95/17 f. und 7/95/20 f.). Soweit möglich erfolgte sodann eine ausführliche und schlüssige Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 7/95/10, 7/95/14, 7/95/21 ff. und 7/95/25 f.). Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre Z.____-Gutachten damit die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 1.5). 4.2

4.2.1

Zu prüfen ist, ob die vom Versicherten in seiner Beschwerdeschrift vorgebrachten Rügen die Beweiskraft des Z.____-Gutachtens zu schmälern vermögen. So macht er geltend, dass die Z.____-Experten zwar Hinweise für Selbstlimitierung gefunden und ein „verdeutlichendes, aggravierendes Verhalten“ festgestellt hätten. Sie hätten sich aber nicht zur zentralen Frage geäußert, ob die Selbstlimitierung bewusst oder unbewusst geschehe, weshalb das Gutachten nicht zum Beweis geeignet respektive nicht verwertbar sei.

Dr. A.____ habe demgegenüber festgehalten, dass es sich um eine unbewusste Symptomausweitung handle, welche typisch für die diagnostizierte psychosomatische Störung sei. Eine bewusste Aggravation liege demnach nicht vor (Urk. 1 S. 8 f.). 4.2.2

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Kontellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51). 4.2.3

Dr. M.____ beschrieb in seiner Teilexpertise, dass anlässlich der Untersuchung des linken Armes Gegeninnervationen festzustellen gewesen seien. Beim späteren Ankleiden hätten sich zudem rasche und gezielte Bewegungsabläufe beobachten lassen. Im Weiteren spreche die fehlende muskuläre Atrophie am linken Arm dafür, dass der Arm im Alltag deutlich mehr eingesetzt werde, als dies vom Versicherten präsentiert werde (Urk. 7/95/21). Das nahezu symmetrische Relief von Schultern und Armen war denn auch dem untersuchenden Orthopäden aufgefallen (Urk. 7/95/17). Vergleichbare Feststellungen lassen sich sodann dem Z.____-Gutachten vom 14. Oktober 2013 entnehmen (Urk. 7/51/17 und 7/51/20).

Es kann indes offen bleiben, ob allein aufgrund dieser fachärztlichen Feststellungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine bewusste Symptomausweitung - und damit auf eine rentenausschliessende Aggravation - geschlossen werden kann. Es liegt ein vom Beschwerdeführer und einem Vertreter der N.____ abgeschlossener Ausbildungsvertrag

zum vierjährigen Lehrgang „Dipl. Naturheilpraktiker TEN“ vor, welcher am 31. Mai 2012 - am selben Tag wie die Anmeldung zum Leistungsbezug (Urk. 7/5/6) - unterzeichnet wurde (Urk. 7/15). Diese Ausbildung setzt nicht nur erhebliche zeitliche Ressourcen voraus, sondern beinhaltet unter anderem auch das Erlernen von Massagepraktiken (vgl. die Hinweise zur Ausbildung unter www.paracelsusschulen.ch und www.bodyfeet.ch, beide besucht am 4. September 2017). Überdies kann den Akten entnommen werden, dass der Versicherte (spätestens) seit Juli 2015 eine Naturheilpraxis in O.____ führt, wobei er auch Massagen anbietet (klassische und Funktionsmassagen; Urk. 7/93/1; vgl. P.____, besucht am 4. September 2017). Er ist im Übrigen von der ASCA Schweizerische Stiftung für Komplementärmedizin als Therapeut anerkannt (vgl. www.asca.ch, besucht am 4. September 2017).

Der Beschwerdeführer gab bei der ersten Z.____-Begutachtung und gegenüber Dr. A.____ an, dass er eine Ausbildung zum Naturheilpraktiker absolviere (Urk. 7/51/6 und 7/103/24), nicht jedoch anlässlich der zweiten Untersuchung durch die Z.____-Experten (vgl. Urk. 7/95/8 und 11). Den Umstand, dass er zeitweilig eine Naturheilpraxis - unter anderem mit Massageangebot - eröffnet hatte, erwähnte er auch gegenüber den behandelnden Ärzten nicht (vgl. E. 3). Diese wesentliche Gegebenheit wurde von den medizinischen Fachpersonen somit nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen. Insofern liegt eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Einschränkungen am linken Arm und dem Verhalten des Beschwerdeführers in beruflicher Hinsicht vor. Zum einen äusserte er wiederholt, dass er sich keine Steigerung seines aktuellen Arbeitspensums von 50 % vorstellen könne (Urk. 7/51/7, 7/51/10, 7/95/9 und 7/103/30 [maximal 60 %]). Allerdings war er in der Lage, neben seiner beruflichen Tätigkeit am Y.____ eine zeitintensive Ausbildung zum Naturheilpraktiker zu absolvieren sowie eine eigene Praxis zu eröffnen und zu führen. Zum anderen stehen die Angaben des Versicherten betreffend die Schmerzen und die Funktionseinschränkung am linken Arm im diametralen Widerspruch zu seinem Massageangebot.

In Anbetracht dieser Sachlage kann der Einschätzung von Dr. A.____, wonach kein aggravierendes Verhalten festzustellen gewesen sei (Urk. 7/103/41), nicht gefolgt werden. Es ist vielmehr mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine bewusste Symptomausweitung und damit auf eine Aggravation zu schliessen. Hierfür sprechen nicht nur die überzeugenden Ausführungen der Z.____-Gutachter, sondern auch die beruflichen Aktivitäten des Beschwerdeführers in den letzten Jahren. Ist von einer Aggravation auszugehen, liegt bezüglich der geklagten funktionellen Beeinträchtigungen kein versicherter Gesundheitsschaden vor (vgl. vorstehend E. 4.2.2 und BGE 141 V 281 E. 2.2.1). 4.3 4.3.1

Sowohl Dr. A.____ als auch die Z.____-Gutachter haben die Diagnose einer dissoziativen Störung gestellt, welche als pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale s Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage zu klassifizieren ist (vgl. E. 1.3). Wird Aggravation bejaht, so erübrigt sich zwar auch hinsichtlich dieser Erkrankung die Prüfung der Standardindikatoren im Sinne der bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 2.2.2). Der Vollständigkeit halber wird jedoch im Folgenden - in der gebotenen Kürze - auf die diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers eingegangen. 4.3.2

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 leistungshindernder 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).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (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 (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg 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. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. 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). 4.3.3

Vorab ist festzuhalten, dass weder die Z.____-Gutachter noch Dr. A.____ direkt auf die einzelnen Standardindikatoren Bezug genommen haben. Deren Prüfung kann jedoch auf der Basis der schlüssigen Sachverhaltsfeststellungen durch den Rechtsanwender - mithin das Gericht - erfolgen (vgl. BGE 141 V 281 E. 8).

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) kann nicht von einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ausgegangen werden. Wie bereits ausgeführt, konnte rückblickend für den Zeitraum nach der Anmeldung zum Rentenbezug eine erhebliche berufliche Aktivität

festgestellt werden. Der Versicherte war in der Lage, neben seiner Tätigkeit am Y.____ eine Ausbildung zum Naturheilpraktiker zu absolvieren und in der Folge eine eigene Praxis zu eröffnen (vgl. E. 4.2.4). Als nicht nachvollziehbar erweist sich daher die von Dr. A.____ angeführte schwere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit. Selbiges gilt für die von ihm festgestellte mittelschwere Beeinträchtigung der Fähigkeit, familiäre und intime Beziehungen zu pflegen (Urk. 7/103/33). Die Aussagen des Versicherten widersprechen sich in diesem Kontext in grundsätzlicher Weise. Gegenüber Dr. A.____ gab er an, aufgrund seiner Erkrankung viel inaktiver zu sein und sich mehr zu Hause zu verkriechen (Urk. 7/103/30). An die Z.____-Gutachter gewandt hielt er wenige Monate zuvor noch fest, dass es ihm psychisch gut gehe und dass er seit eineinhalb Jahren eine gute Beziehung mit seinem Freund führe. Explizit wies der Versicherte darauf hin, dass er im Sozialbereich nicht eingeschränkt sei und viele Kollegen und Freunde habe (Urk. 7/95/10-12; vgl. ausserdem Urk. 7/51/10). Auf einen krankheitsbedingten sozialen Rückzug kann vor diesem Hintergrund jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden.

Im Weiteren ist darauf aufmerksam zu machen, dass sowohl mit Blick auf die Z.____-Expertise als auch diejenige von Dr. A.____ weder von einer auffälligen Persönlichkeitsstruktur (vgl. Urk. 7/95/12 f., 7/103/31 und 7/103/41) noch von einer psychiatrischen Komorbidität auszugehen ist. In Bezug auf Letzteres verkennt der Beschwerdeführer (vgl. Urk. 1 S. 11 Ziff. 36 f.), dass eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, gemäss bundesgerichtlicher Praxis keine Komorbidität darstellt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 mit Hinweisen). Dies trifft insbesondere auf die von den psychiatrischen Fachärzten diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung zu (ICD-10 F54; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.4).

In Anbetracht dieser Erkenntnisse kann selbst unter Berücksichtigung des Umstandes, dass der Beschwerdeführer bereits zahlreiche Therapien besucht hat (vgl. Urk. 1 S. 10) nicht von einer anspruchsbegründenden Einschränkung seines Leistungsvermögens ausgegangen werden. So wirkten sich die Behandlungen im Wesentlichen positiv aus und führten dazu, dass der Versicherte seinen psychischen Zustand mittlerweile selbst als gut einstuft. Diese Einschätzung teilt denn auch namentlich der behandelnde Psychiater Dr. C.____ (Urk. 7/103/27). Von einem definitiven Scheitern der Therapien respektive einer Behandlungsresistenz kann vor diesem Hintergrund keine Rede sein. 4.4

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass einem allfälligen Rentenanspruch nicht nur eine Aggravation, sondern auch die Ergebnisse des strukturierten Beweisverfahrens im Sinne von BGE 141 V 281 entgegenstehen. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erweist sich weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht als eingeschränkt. Auf die Schlussfolgerung im polydisziplinären Z.____-Gutachten vom 29. September 2015, wonach dem Versicherten sowohl die angestammte Tätigkeit im Bürobereich als auch jede andere körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % zu mutbar sei, kann abgestellt werden. Entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2 und 12 f.) besteht aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage kein Anlass für weitere Abklärungen oder das Einholen eines Obergutachtens (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_468/2007 vom 6. Dezember 2007 E. 5.2.2 mit Hinweisen). 5.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Verfahrensausgang sind sie dem unterliegenden 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 Urs P. Keller - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Die Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Grünig
Würsch

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

A TSG) sind.

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