

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00615 vom 18. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00615

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00615 du 18 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00615 del 18 agosto 2017

Erwägungen

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

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117

V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls 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 arbeits unfähig 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).

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 Vor akten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.5

Invalide oder von einer Invalidität bedrohte versicherte Personen haben An spruch auf Eingliederungsmassnahmen, sofern diese notwendig und geeignet sind , die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten (Art.

E. 2

8. Oktober

2016 mit, die Rechtsschutzversicherung (CAP Rechtsschutz- Versi che rungs gesellschaft) decke seine Kosten ab Beschwerdeeinleitung (Urk. 19).

Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihres Entscheides zusammen gefasst aus, gemäss Z.____ -Gutachten bestehe aus somatischer Sicht keine Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht ins Gewicht falle eine mittelgradige depressive Episode. Aus rechtlicher Sicht vermöge diese indessen keine Invalidität zu begründen. Der Beschwerdeführer habe gegen das Z.____ -Gutachten Einwände erhoben und die Experten hätten in Ergänzung ihres Gut achtens zu Berichte n des A.____ Stellung genommen. Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens ergäben sich aufgrund der Einwände jedoch nicht . Ein Gesundheitsschaden, der Anspruch auf IV-Leistungen begründen würde, sei nicht ausgewiesen (Urk. 2 S. 2, Urk. 7).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer macht geltend, aufgrund der gegensätzlichen Schluss folgerungen im Z.____ - Gutachten einerseits und in den Berichten des A.____

ande rerseits (Berichte vom 2 1. und 2 2. September 2015; vgl. Urk. 8/126, Urk. 8/128)

hätte nicht nur eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme sondern auch eine solche der Ärzte des A.____ eingeholt werden müssen. Das habe die Beschwerdeführerin unterlassen und ebenso fehle es an einer materiellen Auseinandersetzung mit den erhobenen Einwänden. Es fehle mithin jede Auseinandersetzung darüber, ob die Beurteilung der Ärzte des A.____ oder diejenige der Gutachter des Z.____ zutreffend sei, insbesondere im Zusammenhang mit der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (Z.____) respektive einer mittelgradigen depressiven Störung (A.____). Es genüge nicht, ohne Nachfrage beim

A.____ und ohne hinreichende Klärung der bestehenden Divergenzen hinsichtlich der Diagnosen depressive Störung respektive depressive Episoden und auch hinsichtlich der fehlenden Erwähnung einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung zu entscheiden (Urk. 1 S. 3 ff.). 3. 3.1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung oder

der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen). 3.2

Den Entscheid der Beschwerdeführerin vom 8. Juli 2011, mit dem diese einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers sowohl hinsichtlich Rentenanspruch als auch hinsichtlich beruflicher Massnahmen verneint hatte (Urk. 8/66), schützt die hiesige Gericht mit seinem Urteil IV.2011.00942 vom 9. Januar 2012 (Urk. 8/72). Erkannt wurde, dass das im seinerzeitigen Abklärungsverfahren eingeholte Gutachten der B.____ AG vom 4. Januar 2011 (vgl. Urk. 8/42) beweiskräftig sei (E. 4.7). Ausgehend von der gutachterlich evaluierten Restarbeitsfähigkeit errechnete das Gericht einen nicht leistungsrelevanten Invaliditätsgrad von 1 % (E. 5).

Die B.____-Gutachter hatten die von ihnen gestellten Diagnosen wie folgt zusammengefasst

(Urk. 8/42/15 f.) : Status nach Distorsionsverletzung der Halswirbelsäule (HWS) bei Heckaufprall am 31. Oktober 2008 (ohne orthopädische und neurologische Traumafolgen), Status nach fibularer Bandsdistorsion rechts am 3. Dezember 2010 mit noch mässiger Hämatomschwellung (Regredienz innert weniger Wochen zu erwarten), Hypertonie, Hypercholesterinämie, Adipositas per magna (BMI 37 kg/m²),

Tendenz zu einem Diabetes mellitus, Zervikocephalgie ohne Hinweis auf eine organisch-neurologische Genese (DD Spannungskopfschmerz), hypochondrische Befürchtung (ICD-10 F45.2), undifferenzierte Somatoformstörung

(ICD-10 F45.1) und Nikotinabusus .

Sodann hatten die Gutachter festgestellt, bis zum Datum der Heckaufprallkollision vom

31. Oktober

2008

weise die Anamnese des Beschwerdeführers keine gravierenden Erkrankungen oder Unfälle auf. Bei der Begutachtung sei die Beweglichkeit der HWS allenfalls endphasig schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Ein messbares Defizit sei nicht aufgefallen. Es bestehe ein statisch ungünstiger kurzbogiger Rundrücken im Sinne eines sogenannten Stiernackens bei einer allgemein nur grenzwertig leistungsfähigen Rumpfmuskulatur. Anzeichen für eine rumpfmuskuläre Verkürzung oder eine rumpfmuskuläre Dysbalance seien keine vorhanden gewesen.

Das Übergewicht des Beschwerdeführers verursache naturgemäss eine stetig anhaltende Fehl- und Überbelastung des gesamten Achsenorgans, des Rumpfes und der lasttragenden Gelenke. Eine deutliche Gewichtsreduktion im Rahmen von 30

bis 35 kg wäre wünschbar und würde die Prognose entscheidend verbessern. Der neurologische Befund sei wie der orthopädische unauffällig gewesen. Im Rahmen der psychiatrischen Abklärung habe sich gezeigt, dass eine hypochondrische Befürchtung und eine undifferenzierte Somatisierungsstörung bestünden.

Körperlich schwere Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aufgrund der überwiegend alterassozierten degenerativen Schäden an der Wirbelsäule nicht zumutbar. Spätestens ein Jahr nach dem Unfall vom 31. Oktober 2008 jedoch habe bezüglich mittelschwerer Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorgelegen. Im Falle einer Gewichtsreduktion, die in der Eigenverantwortung des Beschwerdeführers liege, sei mit einer Minderung der geklagten Beschwerden zu rechnen. Mittelschwere Tätigkeiten könne der Beschwerdeführer vollschichtig ausüben (Urk. 8/42/16 ff. lit. F). 4. 4.1

Nach der Neuanschuldung holte die Beschwerdegegnerin das Gutachten des Z. ___ vom 22. Mai 2015 ein (Urk. 8/117). Die Experten hielten zunächst fest, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Begutachtung über eine Vielzahl von Problemen geklagt. Einerseits verspüre er Schmerzen im Nacken (Halswirbelbereich) und im Rücken. Als Folge dieser Beschwerden sei der Schlaf gestört. Er könne nicht flach liegen, weil er dann keine Luft bekomme und Rücken schmerzen habe. Er erwache oft mit Kopfschmerzen. Die Schmerzen hätten sich auch auf die Beine und die Arme ausgedehnt. Teilweise habe er Missempfindungen in den Beinen. Er spüre dann seine Beine nicht mehr und müsse sich setzen, weil er sonst sofort stürzen würde. Er habe auch Attacken mit innerer Unruhe, Angst und Aggressivität. Lärm könne er nicht mehr ertragen. Er könne sich nicht mehr freuen und er habe gegenüber seiner Familie Schuldgefühle. Er könne sich überhaupt nichts mehr merken und er habe keine Konzentration mehr (Urk. 8/117/52).

Objektiv habe die Untersuchung das Bild eines deutlich übergewichtigen Mannes gezeigt (BMI 38,8 kg/m² entsprechend einer Adipositas Grad II gemäss Richtlinien der WHO). Als Folge davon habe sich das Vollbild eines metabolischen Syndroms (Hyperlipidämie, Hypertonie, Diabetes mellitus) ausgebildet. Hinzu komme der Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom, wobei in diesem Zusammenhang keine Behandlung stattfinde. Hinweise auf eine kardiorespiratorische oder abdominale Pathologie lägen nicht vor (Urk. 8/117/52).

Bei der rheumatologischen Untersuchung sei ein demonstratives Schmerzverhalten aufgefallen. Im Gegensatz dazu seien die Befunde vollkommen bland. Unter Ablenkung sei die HWS frei beweglich gewesen. Auch die Brust- und die Lendenwirbelsäule (BWS und LWS) habe der Beschwerdeführer frei bewegt. Spondylogene

oder

radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden gewesen. Die Muskulatur sei druckdolent, jedoch völlig weich und frei von Myogelosen und Tendoperiostosen gewesen. Die stammnahen und die peripheren Gelenke seien alle frei und schmerzlos beweglich und ohne Anzeichen von Entzündung oder Degeneration gewesen. Namentlich das linke obere Sprunggelenk (OSG) sei stabil, funktionsfähig und frei von Arthrosen. Die Hyposensibilität im linken Ober- und Unterschenkel müsse als funktionell bezeichnet werden (Urk. 8/117/53).

Im Rahmen der neurologischen Untersuchung hätten weder fokalneurologische Defizite noch radikuläre Ausfallsymptome festgestellt werden können. Dieser Befund stehe im Einklang mit der 2009 erfolgten neurologischen Voruntersuchung.

Die Betonung der Sensibilitätsstörung am linken Bein lasse sich keinem nervalen oder radikulären Versorgungsgebiet zuordnen (Urk. 8/117/53).

Auf psychiatrischem Gebiet sei ein depressives Zustandsbild nachweisbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe von einer seit Jahren bestehenden inneren Anspannung berichtet. Er sei vermehrt aggressiv und vertrage weniger Lärm. Er habe von vermindertem Freudeempfinden und Interesseverlusten berichtet. Es seien Insuffizienz- und Schuldgefühle vorhanden. Angegeben habe der Beschwerdeführer einen gestörten Schlaf, Vergesslichkeit, Libidoverlust und eine psychomotorische Unruhe. Sodann seien objektivierbare depressive Symptome wie folgt festzustellen gewesen: eine

ins depressive verschobene

eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit, Depressivität, starke innere Anspannung, Unruhe, Nervosität, auf die gesundheitlichen Einschränkungen eingegrenztes Denken und leichte mnestiche Defizite. Letztere würden jedoch in erster Linie subjektiv erlebt. Die Depressivität sei aktuell als mittelgradig einzustufen. Hinweise für andere psychiatrische Krankheitsbilder seien nicht gegeben. Es liege weder eine Angst- noch eine Persönlichkeitsstörung vor.

Abschliessend nannten die Gutachter bei Status nach OSG-Distorsion links am 10. Februar 2010 und Status nach HWS-Distorsionstrauma am 31. Oktober 2008 als Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), ein chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat, ein metabolisches Syndrom. Ferner nannten sie als Verdachtsdiagnose ein obstruktives Schlafapnoesyndrom (Urk. 8/117/48).

Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Mitarbeiter im Bereich Müllentsorgung: Chauffeur, Lader und Entlader; vgl. Urk. 8/117/23) verneinten die Gutachter. Hingegen hielten sie fest, aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30%. Massgeblich seien die verminderte Anpassungsfähigkeit, die vor allem subjektiv erlebten mnestiche Defizite und die verminderte gedankliche Flexibilität. Das Pensum sollte über den ganzen Tag verteilt werden, damit genügend Pausen möglich seien. Damit könnten Überforderungssituationen vermieden werden. Aus interdisziplinärer Sicht bestehe demnach für eine Verweistätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 70% (Urk. 8/117/54 f.).

Bezogen auf den Verlauf sei zu beachten, dass der Verkehrsunfall im Oktober 2008 vorübergehend zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt habe. Spätestens ab

Ende Oktober 2009 seien dem Beschwerdeführer aber wieder mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig zumutbar gewesen. Dies sei auch im B.____-Gutachten festgehalten worden. Seither sei es insofern zu einer Verschlechterung gekommen, als dass der Beschwerdeführer zwischen August und Oktober 2012 in der Psychiatrischen Klinik C.____ hospitalisiert gewesen sei und sich seither in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde, namentlich bei den Ärzten des A.____. Die Möglichkeiten einer therapeutischen Behandlung seien insgesamt noch nicht ausgeschöpft, namentlich die medikamentösen Optionen. Insgesamt könne von einem Eintritt der Verschlechterung ab Mitte des Jahres 2012 ausgegangen werden. Eine anhaltende somatoforme

Schmerzstörung liege im Übrigen nicht vor. Eine solche sei in keinem der Berichte, in denen diese Diagnose erwähnt sei, nachvollziehbar begründet worden (Urk. 8/117/55). 4.2

In zwei Berichten vom 21. und 22. September 2015 kritisierten die Ärzte des A.____ die Schlussfolgerungen der Gutachter des Z.____

(Urk. 8/126, Urk. 8/128). Sie hielten fest, die psychiatrische Untersuchung habe entgegen den Angaben im Gutachten nicht 55 Minuten, sondern nur 20 Minuten gedauert, was für die vorliegende komplexe Situation unzureichend sei. Ferner sei die Ehefrau nicht wie im Gutachten erwähnt 40, sondern 47 Jahre alt. Sodann seien die Beschwerden oberflächlich wiedergegeben worden, es seien keine fremdanamnestischen Auskünfte eingeholt worden und schliesslich fehlten eine neuropsychologische Abklärung und Versuche zur Objektivierung des Zustandes des Beschwerdeführers. Richtigerweise seien eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.1), eine Adipositas per Magna, ein

cervico-cephales Syndrom, ein lumbovertebrales Syndrom und ein Status nach OSG-Distorsion zu diagnostizieren (Urk. 8/126/2 f., Urk. 8/128/2 f.). Die Depression bestehe seit 2009. Im Verlauf seien die Schwankungen gut zu beobachten. Aktuell bestehe eine deutliche Depression. Die Leistungseinschränkung sei deutlich höher als von den Gutachtern geschätzt. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei vollständig unbegründet und das Gutachten daher schwer mangelhaft. Effektiv sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer sei motiviert, an der Gesundheit zu arbeiten. Aufgrund der anhaltenden gesundheitlichen Probleme sei die Prognose ungünstig (Urk. 8/126/4, Urk. 8/128/3 f.). 4.3

Am

17. Dezember 2015

nahmen die Gutachter zu den Ausführungen der Ärzte des A.____ Stellung (Urk. 8/131). Die Aussage, die psychiatrische Begutachtung habe nur 20 Minuten gedauert, treffe nicht zu. Die effektive Dauer von 55 Minuten könne belegt werden. Das Alter der Ehefrau sei im psychiatrischen Teilgutachten gar nicht erwähnt

worden (Urk. 8/131/1). Die geklagten Beschwerden seien im Gutachten detailliert aufgeführt worden. Wie von den behandelnden Ärzten sei sodann im Gutachten eine depressive Symptomatik beschrieben und eine entsprechende Diagnose gestellt worden. Fremdanamnestische Angaben seien nicht erforderlich gewesen (Urk. 8/131/2). Vom Schweregrad her stimme die diagnostische Beurteilung im Gutachten mit derjenigen der Ärzte des A.____ überein. Diagnosen ausserhalb des depressiven Formenkreises hätten letztere - anders als in früheren Berichten - ebenfalls nicht genannt, namentlich auch keine

somatoforme Schmerzstörung. In den B erichten vor der Begutachtung hätten die Ärzte des A.____ ebenfalls eine mittelgradige depressive Episode als Diagnose erwähnt. Es verwundere, dass später die Diagnose ohne Nennung eines nachvollziehbaren Grundes verändert worden sei. Den Verlauf der bei einer rezidivierenden depressiven Störung auftretenden Episoden hätten die A.____ -Gutachter nicht schlüssig dargelegt (Urk. 8/131/2 f.). 5. 5.1

Im

B.____ -Gutachten vom 4. Januar 2011 war auf psychiatrischem Gebiet noch keine Diagnose gestellt worden (Urk. 8/42/ 15 f. und 43). Die Begutachtung durch die Ärzte des Z.____ ergab anstelle einer bisher vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 70 %. Massgebend für die Einschränkung ist gemäss den Schlussfolgerungen der Experten das psychische Leiden in Form einer depressiven Erkrankung. Diagnostisch qualifizierten die Z.____ -Ärzte das Leiden als mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (Urk. 8/117/45 u. 54 f.) . Die A.____ -Ärzte gingen demgegenüber von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode und von einer gänzlich aufgehobenen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 8/126/3 f., Urk. 8/128/3 f.). Ungeachtet der von den Z.____ -Gutachtern und den A.____ -Ärzten je zur Untermauerung ihrer Beurteilung vorgebrachten Argumente ist zu beachten, dass es nach der Rechtsprechung bei leichten bis mittelgradigen Störungen aus dem depressiven Formenkreis - solange diese therapeutisch angebar sind - bereits diagnosebedingt am erforderlichen Schweregrad man gelt , um als invalidisierender Gesundheitsschaden gelten zu können (Urteil des Bundesgerichts 8C_763/2016 vom 15. Mai 2017, E. 4.3-4 mit weiteren Hinweisen). Der zwischen den Parteien strittigen diagnostischen Einordnung kommt somit im Ergebnis keine entscheidende Bedeutung zu. Von einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis gehen bei de aus. Ob die Beschwerdegegnerin eine ergänzende ärztliche Stellungnahme hätte einholen sollen, kann bei der gegebenen Sachlage offen bleiben. 5.2

Hinzu kommt, dass weder die Darlegungen der Z.____ -Gutachter noch diejenigen der A.____ -Ärzte auf eine Therapieresistenz schliessen lassen. Die Gutachter bezeichneten explizit die gegebenen Therapieoptionen (Urk. 8/117/56). Die Ärzte des A.____ gingen auf diesen Aspekt nicht weiter ein. Sie belassen es beim Hinweis, die Prognose sei insgesamt ungünstig (Urk. 8/126/3, Urk. 8/128/4). Dies jedoch genügt nicht, um auf eine gegebene Therapieresistenz schliessen zu können. Somit fehlt es insgesamt an den aus rechtlicher Sicht nötigen Voraussetzungen, um im Zusammenhang mit dem depressiven Leiden von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen. Dies schliesst eine massgebliche, das heisst leistungsrelevante Verschlechterung aus. 5.3

Eine sich auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit auswirkende anderweitige Verschlechterung des Gesundheitszustandes , insbesondere auf somatischem Gebiet, ergibt sich weder aus dem Z.____ -Gutachten noch wird eine solche vom Beschwerdeführer gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte des A.____ geltend gemacht. Was die vom Beschwerdeführer erwähnte somatoforme

Schmerzstörung und die in diesem Zusammenhang fehlenden Abklärungen der Beschwerdegegnerin

betrifft (vgl. Urk. 1 S. 5) , ist zu beachten, dass weder die Gutachter des Z.____ noch die Ärzte des A.____ in ihren jüngsten Berichten eine entsprechende Diagnose stellten. Auf

diesen Aspekt braucht damit nicht weiter ein gegangen zu werden. 5.4

Zu den von den

Ärzten des A.____

kritisierten Punkten am Gutachten ist Folgendes festzuhalten :

Im Zusammenhang mit der Dauer der Untersuchung (Urk. 8/126/2, Urk. 8/ 128/2) hat das Bundesgericht festgestellt, dass der Aussagegehalt eines Gutachtens in erster Linie davon abhängt , ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Trifft dies zu, ist die Untersuchungsdauer grundsätzlich nicht entscheidend (Urteil des Bundesgerichts 9C_352/2013 vom 3. Juli 2013, E. 4). Im Übrigen wiesen die Gutachter in der Stellungnahme vom 17. Dezember 2015 darauf hin , es lasse sich belegen, dass die psychiatrische Untersuchung länger als die vom Beschwerdeführer behaupteten 20 Minuten gedauert habe (Urk. 8/131/1). Eine Überprüfung ist verzichtbar, nachdem der Beschwerdeführer die Rüge im Beschwerdeverfahren nicht erneuert hat.

Das bei der Erhebung der Anamnese offenbar nicht korrekt erfasste Alter der Ehefrau des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8/126/2, Urk. 8/128/2) vermag sich auf die Aussagekraft des Gutachtens nicht auszuwirken. Es handelt sich im hier interessierenden Sachzusammenhang um einen nicht relevanten Umstand.

Von einer oberflächlichen Aufnahme der geklagten Beschwerden bei der Begutachtung (vgl. Urk. 8/126/2, Urk. 8/128/2) kann nicht gesprochen werden. Der Beschwerdeführer hatte offensichtlich ausreichend Gelegenheit zur Schilderung seiner Beschwerden und dessen Angaben sind im Gutachten detailliert wieder gegeben (Urk. 8/117/26 ff. , Urk. 8/117/40 f.). Der Einwand erweist sich als un begründet.

Zur Rüge der fehlenden Fremdanamnese (Auskünfte der Ehefrau; Urk. 8/126/3 , Urk. 8/128/2) ist zu beachten, dass im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung grundsätzlich nicht eine Fremdanamnese entscheidend ist , sondern die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese (Urteil des Bundesgerichts

8C_808/2012 vom 21. Dezember

2012 E.

3.3.3). Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens (Urteil des Bundesgerichts 8C_323/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2.1). Werden die fremdanamnestischen Angaben ausserdem bei nahen Angehörigen eingeholt, welche über kein medizinisches Fachwissen verfügen, sind diese entsprechend vorsichtig zu würdigen. Schliesslich ist nach der Rechtsprechung dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt

die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E.

3.1.5). Den Ausführungen der A.____ -Gutachter lässt sich nicht entnehmen, inwiefern sich nach deren Auffassung die fehlenden fremdanamnestischen Angaben der Ehefrau konkret auf die Beurteilungsqualität ausgewirkt haben. Der bloss pauschale Vorwurf, es seien keine solchen Auskünfte eingeholt worden , vermag die Aussagequalität des Gutachtens nicht zu schmälern.

Nicht erforderlich sind sodann neuropsychologische Abklärungen (vgl. Urk. 8/126 /3, Urk. 8/128/2 f.). Die von den Gutachtern festgestellten leichten mnestischen Defizite stuften diese nachvollziehbar als in erster Linie subjektiv erlebt ein (Urk. 8/117/54 f.).

Anderweitige Hinweise auf Beeinträchtigungen neuro-psychologischer Art stellten die Gutachter nicht fest. Auch die Ärzte des A._____

erwähnten keine objektiv begründbaren neuropsychologischen Einschränkungen. 5.5

Zusammenfassend ergibt sich, dass eine leistungsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht ausgewiesen ist. Da der Beschwerdeführer aus versicherungsrechtlicher Sicht zumutbarerweise weiterhin die bei der letzten Leistungsbeurteilung umschriebenen Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben könnte (vgl. Urteil IV.2011.00942 vom 9. Januar 2012, E. 5 ; Urk. 8/72) , hat die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch auf eine Rente verneint. Weitere Abklärungen sind nicht angezeigt. Nicht zu beanstanden ist ferner der Entscheid betreffend berufliche Massnahmen. Der erfolgreichen Durchführung solcher Massnahmen steht die subjektive Krankheitsüberzeugung

des Beschwerdeführers im Wege (vgl. Urk. 8/117/56). Mithin fehlt es an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_664/2013 vom 23. März 2014, E. 2 mit Hinweisen).

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Am 28.

Oktober 2016 teilte der Beschwerdeführer mit, seine Rechtsschutzversicherung (CAP Rechtsschutz-Versicherung) übernehme die Kosten im Zusammenhang mit dem Beschwerdeverfahren ab Einleitung der Beschwerde (Urk. 19). Diese Kostengutsprache deckt die dem Beschwerdeführer gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ausgangsgemäss aufzuerlegenden Verfahrenskosten. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung erweist sich damit als gegenstandslos. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Wie bereits erwähnt sind diese ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

E. 6.2

Ob und in welcher Höhe Kosten der Rechtsvertretung gegebenenfalls nicht durch die Rechtsschutzversicherung gedeckt werden, liess der Beschwerdeführer offen. Mangels Substantiierung solcher nicht gedeckter Restkosten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer keine solchen

selber zu tragen hat. Auch das Gesuch betreffend Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters ist somit gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Eric Stern -
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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Wilhelm

E. 8

IVG). 2.

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