

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00748 vom 28. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00748](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00748)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00748 du 28 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00748 del 28 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1969 geborene X.\_\_\_\_, ohne Ausbildung und seit September 2012 arbeitslos (Urk. 9/15/99-100 S. 2 und Urk. 9/15/97-98 S. 2), rutschte am 16. März 2014 in der Badewanne aus, wobei er auf das Gesäss fiel und sich den Rücken und Hinterkopf in der Badewanne anschlug (Urk. 9/15/131). Am 1. Juni 2015 meldete er sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 9/12). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog unter anderem die Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 9/15) und klärte die erwerblichen sowie medizinischen Verhältnisse ab. Am 14. Januar 2016 informierte die IV-Stelle den Versicherten über den Abschluss der Arbeitsvermittlung, da es nicht gelungen sei, ihn innert angemessener Zeit in den Arbeitsmarkt zu integrieren (Urk. 9/26). Mit Vorbescheid vom 17. März 2016 (Urk. 9/31) stellte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte unter Beilage des Berichts von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 20. August 2015 (Urk. 9/41) Einwand (Urk. 9/40) erhob. Mit Verfügung vom 24. Mai 2016 (Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 201

### **E. 1.3**

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. 2**

Dagegen liess der Versicherte unter Beilage diverser Arztzeugnisse (Urk. 3/9) am 27. Juni 2016 Beschwerde (Urk. 1) erheben und beantragen, die Verfügung vom 24. Mai 2016 sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege; die Beschwerdegegnerin sei zur Prüfung der gesetzlichen Versicherungsleistungen zu verpflichten. Eventuell sei die genannte Verfügung aufzuheben und die Sache zur umfassenden Feststellung des Sachverhalts sowie zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2). Am 30. August 2016 teilte der Beschwerdeführer dem Gericht mit, dass die behandelnden Ärzte des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ unterdessen einen chronifizierten Verlauf der in der Beschwerdeschrift erwähnten posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert und daher die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung gestellt hätten (Urk. 6). Mit Beschwerdeantwort vom 6. September 2016 (Urk. 8) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer gleichentags mitgeteilt wurde (Urk. 10). Mit Eingaben vom 12. April und 21. Juni 2017 (Urk. 11 und Urk. 13) reichte der Beschwerdeführer die Berichte der Psychiatrischen Universitätsklinik A.\_\_\_\_ vom 27. März sowie 17. Mai 2017 (Urk. 12 und Urk. 14) ein, was der Beschwerdegegnerin am 23. Juni 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass beim Beschwerdeführer psychosoziale Belastungsfaktoren vorlägen, welche das psychische Leiden teilweise ausgelöst hätten und aktuell aufrechterhielten, weshalb kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Zudem bestehe aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit (S. 1 f.).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe sich mit seinen Vorbringen im Einwand nicht auseinandergesetzt, weshalb sie den Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt habe und die angefochtene Verfügung aufzuheben sei. Von einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Neuurteilung sei indes abzusehen, da eine solche einen formalistischen Leerlauf

darstellen würde und der Beschwerdeführer an einer beförderlichen Beurteilung interessiert sei (Urk. 1 S. 6 ff. Ziff. 8-13). Im Weiteren ergebe sich aus dem Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2016, dass der psychische Gesundheitsschaden von psychosozialen Belastungsfaktoren los gelöst sei und eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehe, weshalb die gegenteiligen Sachverhaltsfeststellungen der Beschwerdegegnerin unrichtig seien (S. 8 Ziff. 14-16). Schliesslich habe die Beschwerdegegnerin bezüglich des körperlichen Gesundheitsschadens auf die Verfügung der Suva vom 6. Mai 2015 abgestellt und die entsprechenden Ausführungen von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 20. August 2015 unter Hinweis darauf, dass diese nicht aktuell seien, nicht berücksichtigt. Letztere datierten drei Monate nach der Suva-Verfügung, und es wäre zudem Sache der Beschwerdegegnerin gewesen, einen aktuelleren Bericht hinsichtlich der körperlichen Beschwerden einzuholen (S. 9 f. Ziff. 18-21). 3. Soweit der Beschwerdeführer in formeller Hinsicht eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, BV) rügt, weil sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) nicht effektiv mit den Vorbringen im Einwand auseinandergesetzt habe (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 10 ff.), ist festzuhalten, dass eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten kann, wenn der Betroffene - wie hier - die Möglichkeit erhielt, sich vor einer Rechtsmittelinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter diesen Voraussetzungen ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör von einer Heilung des Mangels auszugehen, wenn die Rückweisung der Sache zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 137 I 195 E. 2.3.2, 136 V 117 E. 4.2.2.2; ferner etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_416/2015 vom 30. September 2015 E. 4.4.3); dies ist vorliegend erklärermassen der Fall. 4. 4.1

Im Rahmen des Verfahrens der Unfallversicherung wies Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, in seiner Aktenbeurteilung vom 24. Oktober 2014 (Urk. 9/15/49-50) darauf hin, der Beschwerdeführer sei bezogen auf das Unfallereignis vom 16. März 2014 für leichte körperliche Arbeiten zu 100 % respektive vollschichtig arbeitsfähig.

In seiner Aktenbeurteilung vom 31. März 2015 (Urk. 9/15/20-22) hielt der Kreisarzt an der 100%igen Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten ab 10. November 2014 fest und wies zudem darauf hin, dass sich die von Dr. Y.\_\_\_\_ am 22. März 2015 postulierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. Urk. 9/15/23) überwiegend auf krankheits- und nicht auf unfallbedingte Gründe bezogen habe (S. 3). 4.2

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. Y.\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 20. August 2015 betreffend Verlauf und aktuellen Zustand der Unfallverletzung vom 16. März 2014 (Urk. 9/41) aus, das Hauptproblem sei immer noch ein durch die Schulterkontusion rechts ausgelöster und in der Folge chronifizierter, aktuell andauernder Schulter- und Armschmerz rechts mit Ausstrahlung bis in die rechte Hand. Der Beschwerdeführer sei deswegen beim Gebrauch des rechten Arms, aber auch nachts beim Liegen, weiterhin schmerzhaft behindert. Zusätzlich bestünden chronische muskuläre Verspannungsschmerzen im Nacken-Schulter-Bereich mit dadurch bedingten Kopfschmerzen (S. 2).

Dr. Y.\_\_\_\_ wies weiter darauf hin, dass die Röntgenbilder der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (vom 28. März 2014) keine unfallbedingten knöchernen Verletzungen, hingegen deutliche degenerative Veränderungen der unteren HWS gezeigt hätten, was auch im MRI der HWS vom 28. August 2014 bestätigt worden sei. Das MRI des Schädels/Gehirns vom 5. Mai 2014 sei unauffällig gewesen. Die MRI-Arthrografie der rechten Schulter habe lediglich in einer über dem Schultergelenk durchlaufenden Sehne (Supraspinatussehne) einen teilweisen Einriss gezeigt, der für die Symptome aber kaum verantwortlich sei. Die Ultraschalluntersuchung der rechten Schulter vom 12. November 2014 habe zu nächst den Einriss bestätigt; in der Nachkontrolle vom 3. Dezember 2014 sei nur noch eine Vernarbung und kein Einriss mehr beschrieben worden (S. 2). 4.3

In ihrem Bericht vom 3. Februar 2016 (Urk. 9/29/6-8) stellten med. pract. C.\_\_\_\_, Assistenzärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. phil. D.\_\_\_\_, klinischer Psychologe, und Msc E.\_\_\_\_, Psychologin FSP, vom Medizinischen Zentrum Z.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bestehend seit 14.09.2015 - Schulterschmerzen rechts, bestehend seit 16.03.2014 - Status nach Unfall am 16.03.14 (Ausrutschen in Badewanne, Kontusio Lendenwirbelsäule, Hinterkopf, hausärztliche Versorgung, keine Frakturen) - Schmerzen Schulter und Arm rechts - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - keine

Die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ hielten fest, der Beschwerdeführer sei in der emotionalen Kontaktaufnahme gehemmt, depressiv-resigniert, affektiv unkontrolliert und kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt respektive deutlich eingeschränkt. Es bestehe eine deutliche Vergesslichkeit, wobei das Denken formal beweglich, inhaltlich jedoch problemzentriert sei. Anzeichen für psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- und Ich-Störungen) seien nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert in seiner Therapie, und es könne mit einer Zustandsbesserung gerechnet werden. Die depressive Störung könnte mit medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung reduziert werden, wobei sich die erhöhte psychosoziale Belastung sowie die Schmerzen negativ auf die vorsichtig positive Prognose für die depressive Symptomatik auswirken könnten (S. 2).

Weiter wurde darauf hingewiesen, dass die beim Beschwerdeführer bestehenden Durchschlafstörungen, die Appetitlosigkeit und Konzentrationsminderung, das schlechte Kurzzeitgedächtnis, die Müdigkeit, das Gedankenkreisen, die Lust- und Interessenlosigkeit, der Rückzug, die Antriebslosigkeit und Traurigkeit, es ihm nicht erlaubten, seinen Arbeitsaufgaben erfolgreich nachzugehen, weshalb die Einschränkung der Leistungsfähigkeit 100 % betrage. Ferner sei die psychosoziale Belastung (Arbeitslosigkeit, Betreuung wegen Alimenten, konfliktreiche Beziehung zur Ex-Frau) aktuell erhöht. Schliesslich sei auch die Ausübung einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht zumutbar, wobei die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise die Zumutbarkeit von angepassten Tätigkeiten in drei Monaten neu zu evaluieren sei (S. 3). 4.4

Vom 28. Februar bis 4. Mai 2017 – nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Mai 2016 - war der Beschwerdeführer in der Psychiatrischen Uniklinik A.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im entsprechenden Verlaufsbericht vom 27. März 2017 (Urk. 12) wurden die Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sowie anamnestisch einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1) gestellt, wobei darauf hingewiesen wurde, dass das Bestehen einer PTBS noch nicht abschliessend beurteilt werden könne. Der Beschwerdeführer habe „im Verlauf des stationären Aufenthaltes“ über psychotische

Symptome berichtet, und die Verfolgungsideen hätten sich anfangs vor allem auf einen ihm unbekanntem libanesischen Landsmann bezogen; „im Verlauf der Behandlung“ hätten sich diese Ideen auf Mitpatienten und weitere Personen ausgeweitet (S. 1).

Im A. \_\_\_-Austrittsbericht vom 17. Mai 2017 (Urk. 14) wurden die Diagnosen der paranoiden Schizophrenie sowie der PTBS bestätigt. Zusätzlich wurden Panikattacken infolge Akathisie bei Antipsychotika im Niedrigdosisbereich 04/2017 aufgeführt, und es wurden ausserdem chronische Kopf- und Schulter schmerzen nach Sturz in der Badewanne 2014 genannt. Der Eintritt in die Klinik sei freiwillig auf Zuweisung der ambulanten Psychiaterin med. pract. C. \_\_\_ aufgrund einer posttraumatischen Belastungsstörung mit Verfolgungsängsten vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation erfolgt (S. 1). 5.

### **E. 3**

Die Unfallversicherung erbrachte vorerst die gesetzlichen Leistungen und stellte diese unter Hinweis darauf, dass der unmittelbar vor dem Unfall bestehende Zustand spätestens im November 2014 wieder erreicht gewesen sei, mit Verfügung vom 6. Mai 2015 (Urk. 9/11/1-3) per November 2014 ein. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 5**

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 Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

Im Rahmen der Invaliditätsbemessung kommt es jedenfalls im psychiatrischen Kontext grundsätzlich nicht auf die Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat. Schliesslich kann die psychiatrische Begutachtung von der Natur der Sache her nicht ermessens frei erfolgen; sie eröffnet der sachverständigen Person deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb welchem verschiedene Interpretationen möglich, zulässig und im Rahmen einer Exploration lege artis zu respektieren sind (vgl. statt vieler Bundesgerichtsurteil 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4).

### **E. 5.1**

Was zunächst die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte der Psychiatrischen Uniklinik A. \_\_\_ (Urk. 12 und Urk. 14) betrifft, ist im Grundsatz festzuhalten, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit der angefochtenen Verwaltungsverfügung – hier am 24. Mai 2016 (Urk. 2) – massgebend sind (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die

Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; für viele etwa Bundesgerichtsurteil

8C\_279/2015 vom 27. August 2015 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

## E. 5.2

Die vorerwähnten A.\_\_\_\_-Berichte (Urk. 12 und 14) datieren vom 27. März und 17. Mai 2017, mithin mehr als zehn Monate nach Erlass der angefochtenen Verfügung (24. Mai 2016, Urk. 2) und beziehen sich zudem auf die stationäre Behandlung in der Zeit vom 28. Februar bis 4. Mai 2017 (Urk. 14 S. 1).

Während im Austrittsbericht der Psychiatrischen Uniklinik A.\_\_\_\_ (vom 17. Mai 2017) über den stationären Aufenthalt ab Ende Februar 2017 (Urk. 14) neu die Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie sowie einer PTBS (Intrusionen, Flashbacks, Hyperarousal, Hypervigilanz und Albträume; zudem wahnhaftes Erleben mit konkreten Verfolgungsideen [libanesischer Landsmann, Mitpatient, Partner der Ex-Frau], Vergiftungsideen sowie akustische Halluzinationen) gestellt wurden, waren im Bericht des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ (vom 3. Februar 2016, welcher weniger als vier Monate vor Verfügungserlass erging, Urk. 9/29/6-8) Hinweise auf psychotische Erlebnisweisen noch ausdrücklich verneint worden (S. 2). Ebenso wenig war von einer PTBS respektive von entsprechenden Flashbacks die Rede, obschon im Rahmen der Anamnese Gewalterfahrungen sowie Krieg während der Schulzeit erwähnt wurden (S. 1). Auch in den übrigen medizinischen Akten finden sich keine Hinweise auf von Halluzinationen begleitete paranoide Wahnvorstellungen oder auf traumatisierende Ereignisse; solche wurden vom Beschwerdeführer etwa auch in den persönlichen Gesprächen mit Mitarbeitern der Unfallversicherung oder der Beschwerdegegnerin nicht thematisiert.

Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) davon auszugehen, dass sich die neu diagnostizierte paranoide Schizophrenie, die Panikattacken und die PTBS (zu Nachweis beziehungsweise Herleitung und Begründung der Diagnose, namentlich zum auslösenden Trauma und zur Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung, vgl. BGE 142 V 342 E. 5.2.2) – soweit gegeben – jedenfalls erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) manifestiert haben. Entsprechendes gilt für die laut Beschwerdeführer (Urk. 6) vom Medizinischen Zentrum Z.\_\_\_\_ unterdessen offenbar neu diagnostizierte Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. Die seitherige gesundheitliche Entwicklung wird von der streitigen Verfügung nicht mehr erfasst. Nicht weiter führt in diesem Zusammenhang der Hinweis des Rechtsvertreters vom 21. Juni 2017, wonach die behandelnde Psychologin der Psychiatrischen Uniklinik A.\_\_\_\_, Msc F.\_\_\_\_, auf Nachfrage davon ausgehe, dass die paranoide Schizophrenie seit mehreren Jahren bestehe (Urk. 13 S. 1 unten); eine entsprechende Aussage der Psychologin findet sich weder im A.\_\_\_\_-Bericht vom 27. März 2017 (Urk. 12) noch in jenem vom 17. Mai 2017 (Urk. 14). Im Übrigen wies der Rechtsvertreter am 12. April 2017 selber darauf hin, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Anhängigmachung des Beschwerdeverfahrens verschlechtert habe (Urk. 11). 6.

Was die im Bericht des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2016 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode (vgl. E. 4.3) angeht, gilt nach aktueller bundesgerichtlicher Praxis Folgendes:

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, wird praxisgemäss angenommen, dass - aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmäßig guten Therapierbarkeit - hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert (statt vieler BGE 140 V 193 E. 3.3). Den leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt es, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der - seltenen, gesetzlich verlangten Konstellation mit Therapieresistenz - ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind ( BGE 140 V 193 E. 3.3, ferner unlängst Urteil des Bundesgerichts 8C\_753/2016 vom 15. Mai 2017 E. 4.3 mit Hinweisen ).

Damit wird – so das Bundesgericht – bei leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen nicht im Sinne eines Regel/Ausnahmемodells (wie es die aufgebene Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Störungen kannte) eine Vermutung der Überwindbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung geschaffen, die einem ergebnisoffenen Beweisverfahren entgegensteht. Vielmehr fehlt es einer solchen psychischen Beeinträchtigung – solange therapeutisch angebar – bereits diagnosebedingt an einem hinreichenden Schweregrad, um als invalidisierender Gesundheitsschaden zu gelten (vorerwähntes Urteil 8C\_753/2016 E. 4.4).

### **E. 6.2**

Der Beginn der mittelgradigen depressiven Episode wurde im Bericht des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ mit dem 14. September 2015 angegeben (Urk. 9/29/6-8 S. 1), mithin gerade einmal acht Monate vor Erlass der in Frage stehenden Verfügung (Urk. 2). Angesichts dieses erst relativ kurze Zeit andauernden Geschehens kann (noch) nicht von einer chronischen depressiven Störung ausgegangen werden. Auch rechneten die Fachpersonen des Medizinischen Zentrums Z.\_\_\_\_ mit einer Besserung des psychischen Zustands und empfahlen eine erneute Evaluierung der Arbeitsfähigkeit nach drei Monaten (Urk. 9/29/6-8 S. 2 und S. 3). Im Übrigen begab sich der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben (Januar 2016) nur alle 14 Tage zur psychologischen Behandlung ins Medizinische Zentrum Z.\_\_\_\_ (Urk. 9/32 S. 4); ein solches Therapieintervall vermag den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine konsequente Depressionsbehandlung nicht zu genügen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1), beziehungsweise es liegt (noch) keine Therapieresistenz im Sinne einer auf Standardtherapieverfahren nicht ansprechenden Depression vor (zu den Begriffen der Chronizität und der Therapieresistenz G.\_\_\_\_ et al., Der Begriff der Therapieresistenz bei

unipolaren depressiven Störungen aus medizinischer Sicht – eine Standortbestimmung im Nachgang zu BGE 9C\_13/2016, in: HAVE 3/2017 S. 266-274). In psychiatrische stationäre Behandlung begab sich der Beschwerdeführer erst nach Anhängigmachen der Beschwerde (vgl. Urk. 14 S. 1).

Bei dieser Sachlage kann der depressiven Störung invalidenversicherungsrechtlich keine Relevanz beigemessen werden, weshalb die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit insoweit ausser Betracht fällt. Entsprechend kann die Frage nach der Mitbeteiligung von psychosozialen Faktoren (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 16 und Urk. 2) offenbleiben. 7.

In somatischer Hinsicht attestierte der Kreisarzt der Unfallversicherung am 24. Oktober 2014 unter Hinweis auf fehlende objektivierbare Pathologien so wohl bei der otologischen, der neurologischen als auch der bildgebenden Untersuchung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten seit 10. November 2014 (Urk. 9/15/20-22 S. 3, Urk. 9/15/49-50 S. 1 und insbesondere Urk. 9/15/78-80 S. 3). Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Ohren-, Nasen-, Halskrankheiten, speziell Hals- und Geriatrie, hielt im Juli 2014 fest, dass die objektive Prüfung des peripheren vestibulären Systems keine Hinweise auf eine Pathologie ergeben habe. Im Weiteren habe das MRI des Schädels und der Schulter keine pathologischen Resultate geliefert, und der neurologische Status sei ebenfalls unauffällig gewesen (Urk. 9/15/85-86). Dr. med. I.\_\_\_\_, Rheumatologie und Physikalische Medizin FMH, erwähnte im November 2014 eine mögliche kleine intratendinöse Partialruptur (nicht transmural) der Supraspinatussehne rechtsseitig, wobei er darauf hinwies, dass er keine Arbeitsunfähigkeit attestiert habe beziehungsweise leichte körperliche Tätigkeiten ohne Überkopfarbeiten medizinisch theoretisch zumutbar seien (Urk. 9/15/40-41). Der Neurologe Dr. J.\_\_\_\_ verneinte im Juni 2014 (Urk. 9/15/89-90) insbesondere sensomotorische Ausfälle, neurologische Ausfälle im Bereich der unteren Extremitäten, Pyramidenzeichen, einen Nystagmus sowie Abnormitäten im Augenhintergrund und beschrieb mittellebhafte und symmetrische Reflexe, eine normale Vibrationsempfindung sowie ein symmetrisches Gehör und Gangbild (betreffend die von Dr. J.\_\_\_\_ empfohlene otoneurologische Untersuchung, vgl. Urk. 9/15/85-86). Die von Dr. J.\_\_\_\_ am 17. Oktober 2014 (Urk. 9/15/55) auf geworfene Frage nach einer Rotatorenmanschetten-Läsion im Bereich der langen Bizepssehne wurde von Dr. I.\_\_\_\_ im November 2014 beantwortet, und es wurde eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit wie erwähnt verneint (Urk. 9/15/40-41). Der Hausarzt Dr. Y.\_\_\_\_ bestätigte die Einschätzung des Kreisarztes der Unfallversicherung, indem er in seinem Bericht vom 20. August 2015 (Urk. 9/41) zuhanden der damaligen Rechtsvertreterin festhielt, dass Verletzungsfolgen, die dem Unfall vom 16. März 2014 noch zugeordnet werden könnten, nicht mehr bestünden. Im Weiteren wies er darauf hin, dass die Röntgenbilder der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule keine unfallbedingten knöchernen Verletzungen gezeigt hätten, das MRI des Schädels und Gehirns unauffällig gewesen sei und der teilweise Einriss der Supraspinatussehne für die beklagten Beschwerden kaum verantwortlich sein könne respektive nur noch eine entsprechende Vernarbung und kein Einriss mehr bestehe. Was die im Bericht erwähnten deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren HWS betrifft, standen diese im August 2015 nicht im Vordergrund; vielmehr waren gemäss den Angaben des Hausarztes die Schulter- und Armbeschwerden das Hauptproblem. In die gleiche Richtung deutet auch der A.\_\_\_\_-Austrittsbericht vom 17. Mai 2017 (Urk. 14), gemäss welchem der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht lediglich auf Kopf- und Schulterschmerzen, nicht jedoch auf Beschwerden im Bereich der unteren HWS

hingewiesen hat, und solche Beschwerden auch im Zusammenhang mit dem somatischen respektive dem neurologischen Befund (S. 3) nicht thematisiert worden sind. Im Übrigen kommt den vom Hausarzt Dr. Y.\_\_\_\_ in seinem früheren Bericht vom 22. März 2015 (Urk. 9/15/23) als krankheitsbedingte Beschwerden genannten Hitzegefühlen im Kopf sowie der Laktoseintoleranz keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Wirkung zu.

Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) da von auszugehen, dass der Beschwerdeführer in leichten körperlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist.

#### **E. 8**

In erwerblicher Hinsicht ergibt sich, dass der Beschwerdeführer, welche über keine Ausbildung verfügt, vor Eintritt seiner Arbeitslosigkeit im September 2012 im Fahrzeughandel als Autoeinkäufer und –verkäufer respektive als Sachbearbeiter tätig war (Urk. 9/15/99-100 S. 1). Diese angestammte Tätigkeit entspricht einer leichten körperlichen Arbeit, weshalb keine Einschränkung des Leistungsvermögens besteht und keine Invalidität vorliegt. Die Verfügung vom 24. Mai 2016 (Urk. 2) erweist sich als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

#### **E. 9**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzu erlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marco Spadin - 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 Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

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