

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00751 vom 15. Dezember 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-12-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00751

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00751 du 15 décembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00751 del 15 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1960, war von Januar 2001 bis November 2012 bei der Y.____ AG als Lagermitarbeiter tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 15. November 2012 war (Urk. 5/22).

Unter Hinweis auf eine Gehirnerschütterung, Rauschen, Tinnitus und Schwindel meldete sich der Versicherte am 12. März 2013 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 5/9 = 5/14). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 5/10 /1-82, Urk. 5/19 /1-250, Urk. 5/25 /1 307) und holte ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 16. März 2015 erstattet wurde (Urk. 5/52).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/57 -58,

Urk. 5/62

Urk. 5/73; Urk. 5/76) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Mai 2016 einen Rentenanspruch (Urk. 5/79 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

E. 1.3

Gemäss der mit BGE 130 V 352 begründeten und seither stetig weiterentwickelten Rechtsprechung vermochten eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) in der Regel keine langdauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Vielmehr bestand die Vermutung, dass solche Beschwerdebilder oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien und nur bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (zur Entstehungsgeschichte dieser Praxis: BGE 135 V 201 E.

7.1.2; Urteil des Bundesgerichtes 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.1). Ob ein solcher Ausnahmefall vorlag, entschied sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (so genannte „Foerster-Kriterien“, vgl. BGE 130 V 352, BGE 131 V 39 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3.2.3).

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht die Überwindbarkeitsvermutung aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E. 4.2 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit

nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C_28/2016 vom 15. April 2016 E. 3.2).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4).

Die Rechtsprechung hat zu den „vergleichbaren psychosomatischen Leiden“ ausdrücklich jene gezählt, die im Nachgang zu BGE 130 V 352 über die Jahre als sogenannte „pathogenetisch -ätiologisch unklare syndromale

Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage“ in invalidenversicherungsrechtlicher Hinsicht den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen (Regel-Ausnahmehmodell mit "Überwindbarkeitsvermutung“) unterstellt wurden (BGE 142 V 342 E. 5.2.1; BGE 141 V 281 E. 4.2; BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3; bislang: Fibromyalgie: BGE 132 V 65 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts I 336/04 vom 8. Februar 2006]; dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung: Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007 E. 4 in fine, in: SVR 2007 IV Nr. 45 S. 149; dissoziative Bewegungsstörung: Urteil des Bundesgerichts 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4; Chronic

Fatigue Syndrome [CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom] und Neurasthenie: Urteile des Bundesgerichts I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44, und 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3, in: SVR 2011 IV Nr. 26 S. 73; spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzungen [Schleudertrauma] ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle: BGE 136 V 279 [Urteil des Bundesgerichts 9C_510/2009 vom 30. August 2010]; nichtorganische Hypersomnie: BGE 137 V 64 E. 4 [Urteil des Bundesgerichts 9C_871/2010 vom 25. Februar 2011]; leichte Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom: Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2012 vom 15. Juni 2012 E. 5.2 und 6.1). Gemäss BGE 142 V 342 ist die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf eine posttraumatische Belastungsstörung anwendbar.

E. 1.4

Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in

BGE 141 V 281 wie folgt: - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Antworten, welche die medizinischen Sachverständigen anhand der (im Einzel fall relevanten) Indikatoren geben, verschaffen den Rechtsanwendern In dizien, wie sie erforderlich sind, um den Beweisnotstand im Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei psychosomatischen Störungen zu überbrücken (E. 4.1.3).

E. 1.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss stän diger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Ver fahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der ent scheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundes gerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

Be i ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein , wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt über haupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativ expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betref fende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der –

anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. E ine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (B GE

137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hin weisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4 , publi ziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

E. 2

4. Mai 2016 (Urk. 2) und beantragte, es sei die Beschwerdegegnerin zu ver pflichten, ihm

sämtliche Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Invaliden versicherung (IVG) zu erbringen und ihm insbesondere eine Rente auszurichten , eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurück zu weisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. September 2016 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht auf das Gutachten der Z.____ vom 1 6. März 2015 (Urk. 5/52) abgestellt werden könne, da die gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar seien. In sämtlichen Teilgutachten der Fach richtungen werde mehrmals festgehalten, dass Diskrepanzen zwischen den aus geprägten Beschwerden und den objektiv fassbaren Befunden bestehen würden. Ebenfalls könne eine bewusstseinsnahe Aggravation nicht ausgeschlossen werden. Die Diagnosen seien aufgrund der subjektiven Angaben des Beschwerde führers gestellt worden. Die von den Gutachtern attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit beruhe auf Aggravation, weshalb kein IV -relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei . Bei dieser Ausgangslage erübrige sich auch die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, dass eine Aggravation nicht mit hinreichender Klarheit angenommen werden könne (S. 7 Mitte) . Blosser Anzeichen von Aggravation würden per se einen Rentenanspruch nicht ausschliessen (S. 7 Ziff. 4). Gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte und der Diagnose eines organischen Psychosyndroms mit ausgeprägter Depressivität bestehe ein Anspruch auf eine ganze Rente. So ergebe sich auch gestützt auf die Beurteilung des von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachtens ein Anspruch auf eine ganze Rente (S. 8 unten). Ein Ausschluss grund der Aggravation, womit von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren abgesehen werden könne, ergebe sich aus dem Gutachten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (S. 8 unten f.). Bei der jetzigen Aktenlage könne eine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin somit nicht abgelehnt werden. Es seien allenfalls noch weitere Abklärungen notwendig (S. 9 oben).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneint hat. 3. 3.1

Dr. med. lic . phil. A.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psycho therapie , führte in ihrem Bericht vom 3 1. Januar 2013 (Urk. 5/10/23-24) aus, der Beschwerdeführer sei ihr von seiner Hausärztin Dr. B.____ zuge wiesen worden und es hätten seit dem 1 0. Januar 2013 vier Konsultationen stattgefunden (S. 1). Als Diagnose nannte sie ein organische s Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma

am 1 5. November 2012 mit ausgeprägter Depressivität (ICD-10 F07.2). Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer rezidivierenden Ohrproblematik und sei bis zum Tatzeitpunkt (Hammerschlag auf den Kopf) gesund gewesen. Der Beschwerdeführer glaube sein Leben durch den Täter und die ungerechtfertigte Kündigung des Arbeitsgebers zerstört . Er fürchte sich vor bleibender Leistungsunfähigkeit, habe Zukunftsängste und fürchte unter anderem wegen der Leistungsunfähigkeit von seiner Familie verlassen zu werden .

Er sehe sich als Last für seine Familie, habe Insuffizienzgefühle und leide am Verlust des Selbstwertgefühls. Er könne das ihm widerfahrene Unglück nicht fassen. Wegen der ausgeprägten depressiven Symptomatik sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S.

2) . 3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie, nannte im Bericht vom 4. Februar 2013 (Urk. 5/10/16-17 = Urk. 5/25/236-237)

die folgenden Diagnosen: - postcommotionelles Syndrom mit/bei - Unfall am 15. November 2012 (Schlag auf den Hinterkopf) - depressive Entwicklung - chronische migräniforme Kopfschmerzen - stark reduzierte Belastbarkeit - Hypakusis rechts mit/bei - Tinnitus

Der Beschwerdeführer

habe am 15. November 2012 als Folge einer schweren Tätlichkeit durch einen Mitarbeiter (Schlag mit dem Hammer auf den Hinterkopf) eine Commotio cerebri erlitten. Eine Contusio cerebri habe im Schädel-MRI vom 10. Januar 2013 ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe sich aktuell mit typischen postcommotionellen Beschwerden mit einer ausgeprägten depressiven Entwicklung sowie chronischen migräniformen Kopfschmerzen präsentiert. Bei stark reduzierter Belastbarkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei mit einer verlängerten Rekonvaleszenz-Zeit zu rechnen (S. 1). Weiter berichtete Dr. C.____ von einem normalen Status ohne sichere Hinweise auf ein neurologisches Ausfallssyndrom (S. 2).

2). 3.3

Im neurologischen Bericht der Rehaklinik D.____ vom 5. Juli 2013 (Urk. 5/19/98-109 = Urk. 5/25/154-165) nannten die Ärzte die folgenden Diagnosen: - leichte traumatische Hirnverletzung mit - Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen - unspezifischer neuropsychologischer Störung aufgrund von eindeutigen Hinweisen auf eine bewusste negative Antwortverzerrung - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), Differential diagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F32.21) - Tinnitus auris rechts mehr als links

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung vom 10. Juni 2013 habe der Beschwerdeführer meist weit unterdurchschnittliche Testergebnisse erzielt. Geprüft worden seien die basalen Aufmerksamkeitsfunktionen, einzelne exekutive Funktionen, die verbale und visuell-räumliche Merkspanne sowie visuell-räumliche Fähigkeiten. Beim Mini-Mental-Status-Test habe der Beschwerdeführer 22 von maximal 30 Punkten erreicht, was einem weit unterdurchschnittlichen Resultat entspreche. Bei alleiniger Betrachtung des kognitiven Testprofils würde man vermuten, dass eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung vorliege. Im Rahmen von zwei Symptomvalidierungstests hätten sich jedoch eindeutige Hinweise auf eine bewusste, negative Antwortverzerrung ergeben. Zudem seien die meist weit unterdurchschnittlichen Testergebnisse nicht mit den medizinischen Diagnosen vereinbar. Gemäss der Schädel- Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) vom 10. Januar 2013 liege keine strukturelle Hirnverletzung vor. Die Prognose einer leichten traumatischen Hirnverletzung sei grundsätzlich gut. Kognitive Defizite oder andere Beschwerden würden sich in der Regel innert zirka drei Monaten zurückbilden. Innerhalb des kognitiven Testprofils hätten sich erhebliche Inkonsistenzen gezeigt. Die Reaktionszeiten bei einfachen Reaktionsaufgaben seien zum Beispiel deutlich langsamer gewesen als bei anspruchsvolleren Aufmerksamkeitstests. Sowohl die verzögerten Reaktionszeiten von einer Sekunde bei der tonischen Alertness als auch die erhöhten Streuungen würden auf eine negative Antwortverzerrung hindeuten. Die testpsychologisch

objektivierten Befunde mit schweren Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefiziten würden auch nicht zum Verhalten des Patienten passen. Im Gespräch sei keine Verlangsamung ersichtlich gewesen, zudem habe der Patient zu Beginn der Untersuchung detaillierte Angaben zu seiner Biografie und seiner Familie machen können. Im Alltag sei er seinen Auskünften zufolge imstande, selbständig die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen. Auch dies wäre in Anbetracht der Testergebnisse nicht selbstverständlich. Die Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen kognitiven Beschwerden und der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen sei somit in Frage zu stellen. Das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil besitze unter diesen Umständen keine Aussagekraft (S. 8).

Die Ärzte berichteten zudem von Inkonsistenzen im neurologischen Untersuchungsbefund (S. 10 unten f.) und bei der physiotherapeutischen Untersuchung (S. 11 oben) und erhoben in der physiotherapeutischen sowie ergotherapeutischen Untersuchung unter der Norm liegende Befunde (S. 11 Mitte).

Zum ebenfalls als Hauptsymptom geklagten Tinnitus falle auf, dass in einem ausführlichen Bericht der Oto - Rhino -Laryngologie (ORL) -Klinik des E.____ nach einer Konsultation am 20. November 2012 eine über fallsbedingte

Tinnitusverschlechterung fünf Tage nach dem Unfall nicht erwähnt werde, während in einem Verlaufseintrag vom 18. Dezember 2012 dieser Umstand deutlich beschrieben werde. Bei massiver Tinnituszunahme durch den Unfall lasse sich nicht nachvollziehen, warum der Versicherte im Rahmen der ORL-ärztlichen Untersuchung fünf Tage nach dem Unfall nicht darüber berichtet habe (S. 11 unten).

Der Beschwerdeführer sei im Rahmen des Abschlussgespräches mit den beobachteten Inkonsistenzen und negativen Antwort-Verzerrungen konfrontiert und nochmals ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass bei Fehlen von strukturellen Hirnveränderungen in der zerebralen MRT aus medizinischer Sicht keine bleibende Leistungsminderung abgeleitet werden könne, und dass er in Folge dessen mit seinen ganzen Kräften an der sozialen und beruflichen Re-Integration mitwirken solle, um seine emotionale, soziale und berufliche Lage wieder zu stabilisieren (S. 12). 3.4

Die Ärzte der F.____

berichteten am

6. Juli 2014 (Urk. 5/37) über die Hospitalisation vom 29. Mai bis 25. Juni 2014 und führten dazu unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe aufgrund einer grossen Sehnsucht nach seiner Familie und seinen persistierenden Schmerzen mit Tinnitus einen protrahierten Einstieg in das Therapieprogramm gefunden, habe sich aber im Verlauf allen Therapieformen öffnen können und habe diese regelmässig besucht. Im Vordergrund seien weiterhin die deutlich reduzierte Selbstwirksamkeit und die Schmerzen gestanden. Am meisten habe der Beschwerdeführer von der vorgegebenen Tagesstruktur und den sozialen Kontakten profitiert. Ausserdem habe er Schmerz copingstrategien erarbeiten können, welche er auch motiviert sei, zuhause weiterhin anzuwenden (S. 2 unten). Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der psychosozialen Belastungen auf dem Boden einer vorbestehenden Traumatisierung im Rahmen des Unfalles ein somatisches Schmerzsyndrom entwickelt. Die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl hätten sich durch den Unfall und die daraus entwickelten Ängste deutlich reduziert. Der

Beschwerdeführer habe sich während des Aufenthaltes nicht alleine ins Freie getraut, aus Angst zu stürzen. Eigene Ressourcen hätten teilweise aktiviert werden können, wobei es immer wieder zu einer Fokussierung auf die körperlichen Beschwerden gekommen sei. Es bestehe bis zum 9. Juli 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit sei durch die behandelnde Psychiaterin zu beurteilen (S. 3). 3.5

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, PD Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. I.____, Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie, Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. K.____, Neuropsychologin, nannten im Gutachten des Z.____ vom 16. März 2015 (Urk. 5/52) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 7): - Somatisierungsstörung - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei - narzisstisch akzentuierter Persönlichkeit - Differentialdiagnose: zusätzliche Aggravation nicht ausgeschlossen - Tinnitus aurium et capitis beidseits Grad II bis IV

Von neurologischer Seite hätten sich im Status vielfältige Symptome ohne objektive auffassbare Befunde im Sinne einer zentralnervösen, einer radikulären beziehungsweise peripherenervösen Läsion finden lassen. Ferner müsse der Status nach Schädelprellung occipital vom 15. November 2012 mit Riss-Quetsch-Wunde (RQW) genannt werden. Gemäss Akten sei eine Commotio cerebri mit leichter traumatischer Hirnverletzung diagnostiziert worden. Bildgebung hätten aber abgesehen von der oberflächlichen RQW am Kopf keine strukturellen Befunde im Sinne von posttraumatischen Veränderungen festgestellt werden können. Bei Fehlen von strukturellen organisch-neurologischen Befunden lasse sich die Diagnose eines psychoorganischen Syndroms nach Schädel-Hirn-Trauma nicht stellen. Auch die mannigfaltig beklagte Schwindelsymptomatik habe sich bei fehlenden Hinweisen auf eine vestibuläre Funktionsstörung aus neurologischer Sicht nicht im Sinne eines „vestibulären Schwindels“ erklären lassen (S. 49 unten).

Von ORL-ärztlicher Seite würden eine chronische Otitis media

perforata rechts bei Status nach Tympanoplastik rechts wegen vorbestehender chronischer Otitis media

perforata mit beidseitigem Tinnitus sowie zusätzlich unspezifische Schwindelbeschwerden bestehen. In der Untersuchung hätten sich Hinweise auf eine mögliche zervikogene Schwindelkomponente, aber kein Verdacht auf ein zentral- oder peripher-vestibuläres Geschehen gezeigt. Die Untersuchung sei insgesamt deutlich erschwert gewesen, der Versicherte habe bei den Untersuchungen mangelnde Kooperationsbereitschaft gezeigt. Eine Verweigerung sei in früheren Berichten schon mehrfach beschrieben worden, auch seien vereinzelt Aggravationstendenzen vermutet worden, allerdings nie im Ausmass, wie dies bei der Untersuchung vom 12. November 2014 den Anschein gemacht habe. Besonders auffällig sei die Tatsache gewesen, dass der Versicherte zwar im Audiogramm eine praktische Taubheit rechts bei sozialer Taubheit links angab, mit verschlossenen Augen aber auf leise Ansprache in ebenfalls normaler Sprachlautstärke adäquat geantwortet habe (S. 50 oben).

Von neuropsychologischer Seite seien in den meisten untersuchten Verfahren die Ergebnisse sehr deutlich unterdurchschnittlich gewesen. Der Versicherte habe auf eine hilflose Art versucht, seine Probleme zu demonstrieren. Er sei in der Untersuchung auf seine Beschwerden fixiert geblieben. Ein Screening-Verfahren zur Validität habe Hinweise

auf eine Verdeutlichungstendenz ergeben. Er habe angegeben, nichts zu können und habe über zahlreiche Beschwerden geklagt. Der Vergleich mit der neuropsychologischen Untersuchung der Klinik D.____ am 11. Juni 2013 habe ähnliche Resultate gezeigt. Damals seien auch eindeutige Hinweise auf eine bewusste negative Antwortverzerrung berichtet worden. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich auch Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen und Inszenierungen von Schwierigkeiten finden lassen.

Von psychiatrischer Seite würden sich aktuell phänomenologisch ein massiv depressives Zustandsbild mit einem BDI von insgesamt 53 von 63 Punkten finden lassen. Es sei davon auszugehen, dass das Ereignis von November 2012 aufgrund einer massiven narzisstischen Kränkung bei einer narzisstisch akzentuierten Persönlichkeit zu einer psychosomatischen Fehlentwicklung geführt habe mit aktuell Ausprägung in Richtung einer schweren depressiven Episode. Der Versicherte habe das Ereignis vor rund zwei Jahren heute noch nicht verarbeitet, er sei immer noch von einem tiefen Gefühl erfüllt, ungerecht behandelt worden zu sein. Des Weiteren bestehe eine ausgeprägte Somatisierungsstörung mit Somatisierungsneigung. Der Versicherte beklage multiple, wiederholt auf tretende Symptome mit Betonung des Kopfes der rechten Schulter und des rechten Arms. In zahlreichen somatischen Untersuchungen sei dabei kein organisches Korrelat festgestellt worden. Es müsse auch darauf hingewiesen werden, dass eine Inkonsistenz der Beschwerdeschilderung und Präsentation beobachtet worden sei. Während der internistischen Untersuchung hätten sich keine Einschränkung von Seiten der oberen Extremitäten finden lassen, der Versicherte habe sich unbehindert entkleiden und auch anziehen sowie die Untersuchungsfläche besteigen können. Während der neurologischen Untersuchung hingegen seien eine deutliche Schwäche sowie Sensibilitätsstörungen am rechten Arm beobachtet worden (S.

51 oben).

Zusammenfassend müsse festgehalten werden, dass die Diskrepanzen zwischen ausgeprägten geschilderten Beschwerden und weitgehend unauffälligen objektiv erhebbaren Befunden sowie der Charakter der präsentierten Symptome und auch das Verhalten des Versicherten bei den Untersuchungen mit auffälliger aktiver Verweigerungshaltung (vor allem bei der ORL-Untersuchung) verdächtig auf eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz und Aggravation hindeuten würden. Auch in den Akten sei von ärztlicher und von neuropsychologischer Seite aufgrund der Beobachtungen bei verschiedenen Untersuchungen der Verdacht auf eine Aggravation geäußert worden (Neurologie D.____

Juli 2013 und Neuropsychologie D.____

Juni 2013). Dieser Verdacht lasse sich auch nach der umfassenden gutachterlichen Untersuchung nicht vollkommen ausschließen. Während der psychiatrischen Untersuchung habe der Versicherte gehemmt und depressiv gewirkt, die Kooperation sei unauffällig gewesen. Gesamthaft habe während der psychiatrischen Exploration kein Verdacht auf Aggravation bestanden, eine solche habe sich aber auch nicht ausschließen lassen, da die psychiatrische Beurteilung sich vorwiegend auf subjektive Angaben gestützt habe (S. 51 Mitte).

Die aktuelle gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stütze sich

auf die Aktenlage und auf die klinischen Beobachtungen. Unter Berücksichtigung der erhobenen Psychopathologie und der Einschränkungen im Mini-ICF könne aktuell keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in freier Wirtschaft attestiert werden (S. 51 unten).

Zu den Kriterien im Zusammenhang mit der Unzumutbarkeit der willentlichen Überwindung und des Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess hielten die Ärzte fest, ein pathogenetisch -ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild sei nicht diagnostiziert worden (S. 54 Ziff. 15.D.). 3.6

Med. pract. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2015 (Urk. 5/55) unter anderem aus, im polydisziplinären Gutachten fänden sich zahlreiche somatisch unerklärbare Symptome, die auf eine Aggravation hinweisen würden. Der Gutachter bemühe sich nicht, auch unabhängig von den subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers die objektiven Symptome zu einer objektiven Diagnose zu bündeln. Der Befund sei eine Mischung aus subjektiven Darlegungen und objektiven Beobachtungen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer gleichzeitig „schwunglos“ und „schwingungsfähig“, „manchmal auch verärgert und wütend“ sein solle. Eine gravierende Antriebshemmung sei nicht nachvollziehbar, wenn der Beschwerdeführer sich bereits im Warteraum mit dem Übersetzer unterhalten und unauffällig das Untersuchungszimmer betreten habe. Eine gravierende Antriebsstörung hätte sich auch im interpersonellen Kontakt mit dem Dolmetscher und im motorischen Bild gezeigt. Es werde keine Antwortlatenz beschrieben, die bei einer gravierenden Antriebsstörung auffallen würde. Es finde sich kein Beleg für die postulierte Willensschwäche.

Die Diagnose einer Somatisierungsstörung dürfe nicht gestellt werden bei bewusster Simulation. Der Gutachter, der sich vor allem auf die subjektiven Angaben des Versicherten stütze, könne folgerichtig eine bewusstseinsnahe Aggravation nicht ausschliessen. Folglich bleibe die Diagnose einer Somatisierungsstörung eine unbelegte Hypothese. Weiter trage der Gutachter wenig zum positiven Leistungsbild bei und gehe wenig auf Widersprüche ein. Es finde sich keine psychiatrische Medikationsanamnese. Es bleibe unklar, ob der Befund eventuell durch eine Medikation beeinflusst gewesen sei. Weiter würden psychosoziale Faktoren nicht differenziert dargestellt, obwohl diese im Text erwähnt seien. 3.7

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) nannte im Bericht vom 12. November 2015 (Urk. 5/71/1-3) als Diagnose ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma am 15. November 2012 mit ausgeprägter Depressivität (ICD-10 F07.2) und hielt dazu fest, dass sich die Befunde nicht verändert hätten (Ziff. 1.2-3). Weiter führte sie aus, dass der Beschwerdeführer weiterhin in Behandlung sei und entsprechend antidepressive Medikamente einnehme (Ziff. 3.1-2). 4.

E. 4

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 14. Oktober 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 4.1

Die Gutachter des Z.____ kamen zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose einer

Somatisierungsstörung und einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome bei einer narzisstisch akzentuierten Persönlichkeit in seiner Arbeitsfähigkeit

eingeschränkt sei, so dass unter Berücksichtigung der erhobenen Psychopathologie und der Einschränkungen im Mini-ICF aktuell keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft attestiert werden könne (E. 3.5 hiervor).

Gestützt auf die Stellungnahme von med. pract. L. ___ (vorstehend E. 3.6) stellte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, dass die von den Gutachtern attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf Aggravation beruhe und ein IV-relevanter Gesundheitsschaden damit nicht ausgewiesen sei (vgl. vorstehend 2.1).

Soweit die Beschwerdegegnerin die Ansicht vertritt, dass die im Gutachten gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar seien (vgl. Urk. 2 S. 2), kann ihr nicht gefolgt werden. Da die Somatisierungsstörung gemäss Gutachten nach der Hammerattacke und der Kündigung und damit glaubhaft in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Konflikten auftrat, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1), erscheint die Diagnose einer Somatisierungsstörung nachvollziehbar. Med. pract. L. ___ verneinte die Diagnose einer Somatisierungsstörung denn auch nur im Hinblick auf die Aggravationsthematik.

E. 4.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung vermag eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung eine versicherte Gesundheitsschädigung nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 4.3 mit Verweis auf das Urteil 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1 und E. 4.2.4 je mit Hinweisen).

In gleichem Sinne hielt das Bundesgericht in einem anderen Urteil fest, dass die Grenzziehung zwischen einer anspruchsausschliessenden Aggravation und einer blossen Verdeutlichungstendenz heikel sei und die (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung das Wesen von Schmerzstörungen und vergleichbaren Leiden gerade präge, welche sich bekanntlich dadurch charakterisieren, dass für die geklagten Beschwerden kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann. So dürfen auch die Besonderheiten des sozialversicherungsrechtlichen Abklärungsverfahrens nicht ausser Acht gelassen werden. Die versicherte Person, welche mit ihrer Anmeldung bei der Invalidenversicherung die Zusprechung von Versicherungsleistungen bezwecke, werde vielfach (wenn auch nicht ausnahmslos) - bewusst oder unbewusst - ihre Beschwerden und Einschränkungen im Hinblick auf dieses Ziel präsentieren, ohne dass ihr allein deswegen unbesehen der Rentenanspruch versagt werden dürfe (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.1).

In BGE 139 V 547 hielt das Bundesgericht in Erwägung 7.1.3

zudem fest, dass sämtlichen unklaren Beschwerdebildern gemeinsam sei, dass die Pathogenese

der Mechanismus, wie der Gesundheitsschaden entsteht - durchwegs unbekannt oder zumindest ungesichert sei und die Wirkungsweise als solche wie auch ihre Intensität nicht pathogenetisch spezifizierbar seien .

Hinzu komme , dass die Diagnose einer somatoformen Störung anhand der ICD-10 weitgehend auf Beobachtung des äusseren Störungsbildes und nicht auf krankheitskonzeptioneller Einordnung beruhe ; psychodynamische Zusammenhänge seien in der Klassifikation ausgeklammert worden. Der Einblick in die Entstehungsweise des Gesundheitsschadens fehle auch insoweit. Sei demzufolge zunächst dessen Bestand an sich ungesichert, so lasse sich eine Simulation weder feststellen noch ausschliessen . Sodann bedeute der Mangel an objektivierbarem Substrat, dass auch das Ausmass der mit dem versicherten Gesundheitsschaden korrelierenden Funktions- und damit Leistungseinbusse dem direkten Beweis grundsätzlich entzogen bleibe ; insoweit könne auch Aggravation kaum je zuverlässig ausgeschlossen werden .

E. 4.3

Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin besteht vorliegend mit Blick auf die medizinische Aktenlage, insbesondere das polydisziplinäre Gutachten (vorstehend E. 3.5) , keine ausreichende Klarheit darüber, dass die Anhaltspunkte auf eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind .

Zwar ergeben sich aus dem Gutachten diverse Hinweise auf Inkonsistenzen, Diskrepanzen und eine (bewusstseinsnahe) Verdeutlichungstendenz (vgl. vorstehend E. 3.5). Diese gutachterlichen Feststellungen beziehen sich jedoch gerade auf die inkonsistente Beschwerdeschilderung und Präsentation der somatischen Beschwerden . Wie bereits dargelegt (vgl. vorstehend E. 4.2), entspricht die Darstellung körperlicher Symptome

bei weitgehend unauffälligen objektivierbaren Befunden gerade dem Wesensmerkmal von somatoformen Störungen (vgl. dazu Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 224 ff.) . Weiter steht fest, dass die Gutachter die Aggravationsproblematik nicht eindeutig in den Vordergrund stellten,

sondern dem Beschwerdeführer trotz der Inkonsistenzen

eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestierten . Die Gutachter konnten ein aggravatorisches Verhalten nicht vollkommen ausschliessen, was den somatoformen Störungen jedoch wie dargelegt ebenfalls inhärent ist (vgl. vorstehend E. 4.2). Sodann ergab sich bei der psychiatrischen Untersuchung gerade kein Verdacht auf Aggravation , entsprechend hielten die Gutachter in diagnostischer Hinsicht fest, dass eine „zusätzliche Aggravation nicht ausgeschlossen“ werden könne (vgl. vorstehend E. 3.5) . Hauptdiagnosen waren dem auch die Somatisierungsstörung und die schwere depressive Episode.

E. 4.4

Nach dem Gesagten (vorstehend E. 4.2-3) kann der Ansicht von med. pract . M.____ , wonach bei bewusster Simulation die Diagnose einer Somatisierungsstörung nicht gestellt werden könne (vgl. vorstehend E. 3.6), nicht gefolgt werden. Weder aus dem Gutachten noch den übrigen medizinischen Unterlagen ergeben sich hinreichende Anhaltspunkte, welche auf eine bewusste Simulation schliessen lassen.

Zusammenfassend ergibt sich, dass die Auswirkungen der (Tendenzen zur) Symptomausweitung und der in der Untersuchung gezeigten Selbstlimitierung und mangelnden Kooperationsbereitschaft respektive die auf Aggravation hinweisenden Umstände sich anhand der Ausführungen im Gutachten nicht abschliessend beurteilen lassen. 5. 5.1

Bei gegebener Akten- und Rechtslage kann entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers dennoch nicht bereits gestützt auf die Einschätzungen der Gutachter (vorstehend E. 3.5) und der behandelnden Ärztin (vorstehend E. 3.1) abschliessend auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, wie sich aus dem Folgenden ergibt. 5.2

Bei der von den Gutachtern diagnostizierten Somatisierungsstörung handelt es sich entgegen der Ansicht der Gutachter (vgl. vorstehend E. 3.5) um ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_436/2013 vom 23. Januar 2014 E. 2.2). Die Beurteilung, ob eine fachärztlich diagnostizierte psychosomatische Erkrankung eine Invalidität begründet oder nicht, hat nicht mehr mittels der Regel/Ausnahme-Vorgaben beziehungsweise der Überwindbarkeitsvermutung zu erfolgen, sondern ist nunmehr unter Berücksichtigung des mit dem Leitentscheid BGE 141 V 281 präzisierten strukturierten, normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von sogenannten Standardindikatoren zu beurteilen (vgl. vorstehend E. 1.3-4).

Dabei hat die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich bereits in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen hat, indem dem diagnose-inhärenten Schweregrad der psychosomatischen Erkrankung vermehrt Rechnung zu tragen ist. 5.3

Wenngleich gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren (BGE 137 V 210), erlaubt die vorliegende medizinische Aktenlage dennoch keine schlüssige Beurteilung im Lichte der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Den angeführten Akten, insbesondere der gutachterlich-psychiatrischen Beurteilung durch Dr. J. ____, lassen sich nicht genügend Angaben entnehmen, um die Zuverlässigkeit der von ärztlicher Seite attestierten Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Problematik aus rechtlicher Sicht beurteilen zu können.

Insbesondere zum funktionellen Schweregrad, namentlich in Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, bei welcher die vorliegend fragliche Aggravationsproblematik entsprechend ins Gewicht fällt und zu bewerten ist (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1), die Gesamtbetrachtung und Wechselwirkungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen, so die Gesamtwirkung des Beschwerdebildes für den Funktionsstatus und die Bedeutung der schweren depressiven Störung als potentiell ressourcenhemmender Faktor (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3), sowie in Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit, wo besonders hohe Begründungsanforderungen bestehen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2), liefert das Gutachten keine hinreichend begründete Entscheidungsgrundlage.

Schliesslich findet sich keine ausführliche Diskussion der Konsistenz, welche eine kritische Würdigung der Auswirkungen der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit in allen vergleichbaren Lebensbereichen zulassen würde. 5.4

Schliesslich war eine neue medizinische Abklärung auch bei der Beschwerdegegnerin ein Thema (vgl. Urk. 5/72/2 Mitte, Urk. 5/72/3 unten f.) und med. pract. L. ___ wies seinerseits auf weitere Undifferenziertheiten im Gutachten hin (vgl. vorstehend E. 3.6), welche eine neue Abklärung nach sich ziehen müssten.

Weiter erscheint die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene „Ressourcenprüfung“ (vgl. Urk. 5/72/4) vor dem Hintergrund der nachvollziehbaren Diagnose einer Somatisierungsstörung als unbegründet. Entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 2 Mitte) nimmt der Beschwerdeführer medizinische Behandlungen in Anspruch (vgl. vorstehend E.

3.7) und wirkten die Klagen mindestens hinsichtlich der psychischen Situation nicht ungläubwürdig (vgl. vorstehend E. 3.5). Ebenfalls nicht gefolgt werden kann der Ansicht der Beschwerdegegnerin, wonach hinsichtlich des sozialen Rückzugs kein Vergleich zu vorher gemacht worden sei und deshalb nicht festgehalten werden kann, ob ein solcher Rückzug vorliege (vgl. Urk.

5/78/2). Die Beschwerdegegnerin lässt dabei offensichtlich ausser Acht, dass der Beschwerdeführer vor dem Unfall ein normal arbeitsfähiger Mensch war, der seinen Alltag ohne Probleme bewältigte. 5.5

Die vorliegenden medizinischen Akten lassen nach dem Gesagten keine abschliessende Beurteilung über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu.

Insbesondere fehlt es an einer fundierten psychiatrischen Abklärung, die eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 E. 4.3.1-4.4.2 erlauben würde.

E. 6

Zusammenfassend erweist sich eine fachärztliche Abklärung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als erforderlich, wobei

in Anbetracht der Diagnose einer Somatisierungsstörung die Rechtsprechung nach BGE 141 V 281

zu beachten ist und insbesondere der Einfluss der depressiven Episode sowie der Anteil der Aggravation zu klären sein wird.

Die Sache ist daher antragsgemäss zur ergänzenden psychiatrischen Abklärung des Sachverhaltes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anschliessend hat diese über den allfälligen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 7

.2

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E.

2.2), weshalb der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat, welche in Berücksichtigung der Bedeutung der Sache und der Schwierigkeit des Prozesses mit Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 24. Mai 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

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