

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00859 vom 28. Dezember 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-12-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00859

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00859 du 28 décembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00859 del 28 dicembre 2017

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1969, führt seit 2006 eine Autogarage. Am 1. April 2015 (Urk. 7/3) meldete er sich unter Hinweis auf einen seit Dezember 2013 bestehenden unklaren Schwindel bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen und veranlasste unter anderem die Begutachtung des Versicherten durch die Gutachtensstelle Y.____ (Expertise vom 14. Januar 2016 (Urk. 7/44/2-28). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/50, Urk. 7/54 und Urk. 7/57) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Juni 2016 (Urk. 2) einen Leistungsanspruch des Versicherten.

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 16. August 2016 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, insbesondere einer Invalidenrente; eventuell sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, einen erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich (ausserordentliches Bemessungsverfahren) durchzuführen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 20. September 2016 (Urk. 6) auf Abweisung der Beschwerde, was dem Versicherten am 29. September 2016 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsverneinende Verfügung vom 15. Juni 2016 (Urk. 2) damit, laut den medizinischen Abklärungen könnten bezüglich des anhaltenden Schwankschwindels keine objektivierbaren Befunde erhoben werden. Bei den psychischen Beschwerden könne nicht von langanhaltenden gesundheitlichen Einschränkungen ausgegangen werden.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dagegen, die involvierten Ärzte gingen von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus; es sei auch in einer angepassten Tätigkeit von einer Einschränkung zwischen 30 % und 50 % auszugehen (Urk. 1 S. 6). Sodann ging er von einem Valideneinkommen zwischen Fr. 70'000.-- und Fr. 75'000.-- sowie einem Invalideneinkommen von Fr. 38'780.-- (basierend auf den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik bei einem Abzug von 15 %) aus und schloss demgemäss auf einen Rentenanspruch (S. 9).

E. 3.1

Der seit 23. März 2015 behandelnde med. pract. Z.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte mit Bericht vom 12. Mai 2015 (Urk. 7/19) eine generalisierte Angststörung, eine Panikstörung sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Störung. Er führte aus, kurz vor Weihnachten 2013 habe er während der Arbeit erstmalig in seinem Leben einen „Schwächeanfall“ erlitten. Es sei ihm schummrig geworden. Trotzdem habe er die Arbeit noch beendet. Auf der Fahrt durch einen Tunnel sei er in einen Stau geraten und gemäss seiner Beschreibung habe er eine Panikattacke mit typischen vegetativen Begleiterscheinungen entwickelt. Im Spital A.____, wo er sich auf dem Notfall gemeldet habe, habe man keine somatische Erkrankung feststellen können. Im Verlauf sei es immer häufiger unter anderem beim Autofahren, aber auch in anderen Situationen zu vergleichbaren aber wechselnden Symptomen gekommen. Die Arbeit in der Werkstatt habe er sich kaum noch zugetraut und er habe deshalb im Februar 2014 jemanden eingestellt. Immer wieder sei er zuhause geblieben. Wiederholt sei er somatisch abgeklärt worden, ohne dass man eine Ursache für seine Beschwerden gefunden hätte. Der Hausarzt habe eine Behandlung mit Cipralext begonnen, unter der die Beschwerden zwar etwas besser zu ertragen gewesen seien, ohne dass sie aber nachgelassen hätten. Er habe die antidepressive Medikation deshalb im vergangenen Winter wieder abgesetzt. Nach einer erneuten Zunahme der Beschwerden im vergangenen Februar habe ihn der Hausarzt deshalb in die ambulante psychiatrische Behandlung verwiesen.

In einer Tätigkeit mit hohem emotionalem, zwischenmenschlichem oder zeitlichem Druck/Stress, die verbunden sei mit dem Führen von Fahrzeugen oder dem Betreiben von potentiell gefährlichen Maschinen, ging der Psychiater von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit aus. In einer Tätigkeit in einer emotional pathischen Umgebung, ohne allzu grossen Druck, ohne hohe Anforderungen an Konzentrationsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit und mit der Möglichkeit, flexibel Pausen einzuplanen, könne von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

E. 3.2

Die Ärzte der Neurologischen Klinik des Universitätsspitals B.____, welche den Beschwerdeführer ab 16. März 2015 behandelten, diagnostizierten mit Bericht vom 10. Juni 2015 (Urk. 7/27/1-5) einen kontinuierlich vorhandenen Schwindel unklarer Zuordnung (Differenzialdiagnose vestibuläre Migräne, funktionell) sowie einen Verdacht auf eine depressive Anpassungsreaktion im Rahmen der Schwindelsymptomatik. Klinisch schilderten sie Kribbelparästhesien an der rechten Hand bei Berührung, eine Fallneigung nach Augenschluss bei ansonsten unauffälligem otoneurologischem Befund. Eine MRI-Untersuchung vom Februar 2014 sei bis auf zwei unspezifische Glioseherde im präfrontalen Marklager links ebenso unauffällig gewesen wie die vestibuläre Zusatzdiagnostik.

E. 3.3.1

Die für das Y.____-Gutachten vom 14. Januar 2016 (Urk. 7/44/2-28) verantwortlich zeichnenden Prof. Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. E.____, FMH Neurologie, und Dr. med. F.____, FMH Otorhinolaryngologie, diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode sowie eine intermittierende Schwankschwindelsymptomatik bei unauffälliger peripherer vestibulärer Funktion und diskreten Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung sowie phobische m

Attacken schwindel. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie einer Migräne ohne Aura und ei nem f ortgesetzte n Niko tinkonsum, schädlicher Gebrauch, zu (S. 25).

E. 3.3.2

Aus allgemeininternistischer Sicht wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe beschrieben, erstmals am 19. Dezember 2013 unter Schwindel zu leiden begonnen zu haben. Er habe damals ein Auto gestaubsaugt, als ihm plötzlich schwarz vor den Augen geworden sei und er das Gefühl gehabt habe, ohn mächtig zu werden. Er habe sich dann das Gesicht mehrmals gewaschen und sei nach einiger Zeit ins Auto gestiegen, um dieses zu einem Kunden zu bringen. Bei einem Stau im Gubristtunnel habe er wieder ähnliche Symptome gefühlt, zudem auch Atemnot verspürt und zu hyperventilieren begonnen. Er sei dann nach dem Gubristtunnel ausgestiegen und habe zehn Minuten gewartet und sei wieder weitergefahren . Nachdem die Beschwerden erneut aufgetreten seien, sei er dann ins Spital A.____ gegangen. Seither leide er unter einem permanent verspürten Schwankschwindel, er fühle sich so, als ob er ständig erkältet sei. Zwischendurch könne es plötzlich zu stärkerem Schwindel kommen, ohne dass er aber eigentliche Schwindel-verstärkende oder Schwindel-lindernde Umstände schild ern k ö n n e . Nach dem initialen Ereignis im Dezember 2013 habe er bis April 2014 gar nicht arbeiten können. D anach sei es wieder etwas besser ge gangen. Nachdem er im Oktober 2014 das Cipralex abgesetzt habe, habe er nochmals massiv stärkere Beschwerden von anfangs 2015 für etwa drei Monate verspürt, während welcher er nicht habe Auto fahren k ö n n e n . Aktuell sei die Situation einigermaßen stabil, er spüre den Schwindel aber ständig. Durch den Schwindel drücke es auf die Motivation, er fühle sich auch ständig traurig. Das Schlafbedürfnis sei vermehrt, er schlafe sehr gut, fühle sich aber trotzdem im mer müde. Er denke, dass die ganze Symptomatik mit einer Überforderungssitu ation begonnen habe, anschliessend habe er Panik bekommen, aktuell befinde er sich in einer Ar t Dauerzustand (S. 8).

E. 3.3.3

Der psychiatrische Facharzt schilderte in sozialanamnestischer Hinsicht, der Beschwerdeführer habe zusammen mit der Ehefrau und den beiden 16- und 14-jährigen Töchtern sowie dem 8-jährigen Sohn zusammengewohnt, er sei nun aber jüngst zu seiner Mutter gezogen, nachdem es zu Hause zu vi el für die Ehe frau geworden sei. Die Ehefrau sei Hausfrau und teilzeitig in ihrer Spielgruppe tätig, wo sie auch An gestellte habe. Finanziell lebe er von seinem Geschäft, er habe aber Schulden bei den Kreditoren. Er habe einen Angestellten (S. 12).

Zum psychiatrischen Befund hielt Dr. D.____ fest, der Beschwerdeführer sei während des ganzen Gesprächs ruhig auf dem Stuhl gesessen, habe langsam geredet , auch wiederholt ausgeholt, wenn er auf die gestellten Fragen ge ant wortet habe , wobei er dann auch ge fragt hab e, ob der Untersucher Zeit habe für seine ausführlichen Darlegungen. Er sei sonst sehr freundlich, kooperativ ge wesen und habe die gestellten Fragen sehr ausführlich beantwortet . Der affek tive Kontakt sei gut herstellbar gewesen . Er habe mit normaler Stimme gespro chen , seine Mimik und Gestik seien wenig ausgeprägt und die effektive Modu lation etwas eingeschränkt gewesen . Nur manchmal habe er gelächelt , wenn er über etwas Erfreuliches ge spr o ch en habe , sonst sei er in ernster, gefasster Hal tung gewesen und habe auch traurig gewirkt . Er habe depressive Verstimmun gen, erhöhte Ermüdbarkeit, anamnestisch Schlafstörungen und jetzt einen ver mehrten Schlaf mit Morgentiefs beziehungsweise morgentlichen Anlaufschwie rigkeiten, aber auch wenig Appetit mit

trotzdem Gewichtszunahme an gegeben . Ebenfalls, unter Panikattacken gelitten zu haben mit anfallsartigen Ängsten in verschiedenen Situationen, häufig auftretend, mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst. Hinweise auf Zwänge hätten nicht bestanden. Die Vigilanz sei nicht gestört gewesen . Er habe etwas müde gewirkt, sei bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen . Es hätten leichte Konzentrationsstörungen bei der genauen Angabe von Lebensdaten bestanden . Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien sonst intakt gewesen . Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen bestanden, ebenso wenig Hinweise auf Suizidalität (S. 13 f.).

Zusammenfassend hielt Dr. D.____ fest, beim Beschwerdeführer bestehe diagnostisch eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, gekennzeichnet durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Morgentiefs und vermindertem Appetit. Es hätten auch Panikattacken bestanden , die auch in den Akten dokumentiert seien, wobei der Beschwerdeführer angegeben habe , dass es nun nicht mehr zu Panikattacken komme im Rahmen der leichten Besserung seines Gesundheitszustandes. Die Störungen seien vor dem Hintergrund von psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren bei einer aus somatischer Sicht bestehenden Schwindelsymptomatik entstanden. Insofern sich diese Symptomatik aus somatischer Sicht nicht erklären lässt, müsse von einer psychischen Überlagerung mit einer Somatisierung im Rahmen der vorliegenden affektiven Störung ausgegangen werden. Es bestehe ein chronischer Verlauf mit aber bereits einer gewissen Besserung der psychischen Symptomatik. Es bestehe aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Die Prognose sei deshalb ungewiss (S. 16). Er attestierte eine 70%ige (Rest-) Arbeitsfähigkeit (S. 17).

E. 3.3.4

Der neurologische Facharzt verwies vorweg auf die anamnestische Angabe einer Schwindelsymptomatik samt entsprechenden Abklärungen ohne fassbares Substrat (S. 20; vgl. hierzu Bericht des Medizinisch Radiodiagnostischen Instituts vom 8. Januar 2014 [Urk. 7/24/33] sowie Berichte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des Universitätsspitals B.____ vom 15. und 22. Juni 2015 [Urk. 7/27/6-12]).

Er führte weiter aus, der aktuelle klinische Status sei bis auf eine Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen mit vor allem im Unterberger-Tretversuch und beim Blindgang einer Abweichtendenz nach rechts normal, speziell erwähnenswert sei auch die unauffällige Okulomotorik. Unter Berücksichtigung der negativen Resultate der ausgedehnten Abklärungen ohne Nachweis einer zentralen oder peripher-vestibulären Störung könne diese Abweichtendenz nach rechts aus organischer Sicht nicht als pathologisch gewertet werden. Es erscheine plausibel, von einem funktionellen Geschehen im weitesten Sinn auszugehen. Differentialdiagnostisch komme bei bekannter Migräne (bisher ohne Aura) eine vestibuläre Migräne in Frage; es bestehe aber keine klare Assoziation zwischen eigentlichen Schwindelattacken und Migräneanfällen, im Gegenteil gebe der Beschwerdeführer an, dass seit der Schwindel vorhanden sei, die Migränehäufigkeit abgenommen habe. Dies spreche gegen die Verdachtsdiagnose „ vestibuläre Migräne “ . Insgesamt erscheine ein nicht organischer, funktioneller Schwindel die plausibelste Erklärung für die Symptomatik zu sein . Dieser Schwindel sei klar verbunden mit einer

Angstkomponente bis hin zu eigentlichen Panikattacken, wobei sich auch eine phobische Problematik entwickelt haben. Insofern erscheint auch die Diagnose eines sogenannten „phobischen Attackenschwindels“ plausibel. Nicht selten entwickelt sich eine solche Problematik aus einem initial organischen Schwindelgeschehen, wobei dies beim Beschwerdeführer nicht klar zu eruieren sei. Beim Ereignis vom 19. Dezember 2013 haben es sich am ehesten um einen Präkollaps gehandelt (S. 21).

E. 3.3.5

Im Rahmen der otoneurologischen Untersuchung schilderte der zuständige Facharzt Befunde mit altersentsprechender, symmetrischer Hörschwelle beidseits, wobei zurzeit keine auditiven Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden. Seitens der intermittierenden Schwankschwindelsymptomatik, bei diskreten Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung, bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass sturzgefährdende Tätigkeiten vom Beschwerdeführer gemieden werden sollten. Zusammenfassend besteht somit aus rein otoneurologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung der oben erwähnten qualitativen Einschränkungen, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24).

E. 3.3.6

Im Rahmen des interdisziplinären Konsensus hielten die Gutachter fest, aus organischer Sicht könnten die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden nicht objektiviert werden. Aus neurologischer Sicht sei vom Vorliegen eines nicht-organischen psychosomatischen Schwindels auszugehen, aus otorhinolaryngologischer Sicht bestünden lediglich diskrete Zeichen einer zentralvestibulären Funktionsstörung. Auch aus internistischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus somatischer Sicht besteht keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aufgrund des Schwindels besteht in dem Sinne eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, als dass sturzgefährdende Tätigkeiten vermieden werden sollten. Aus psychiatrischer Sicht könne die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode gestellt werden, welche zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % führe. Eine in den Akten postulierte Panikstörung könne nicht bestätigt werden. Die beteiligten Gutachter kamen zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit wie auch in sämtlichen anderen Tätigkeiten ohne Sturzgefährdung eine ganztags umsetzbare Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 30 % besteht (S. 26).

E. 3.4

Med. pract. Z. ___ hielt am 16. August 2016 (Urk. 3) hierzu fest, auch wenn die Panikattacken (wie im Gutachten des Y. ___ beschrieben) als solche beim Beschwerdeführer nicht mehr im Vordergrund stünden, haben die Erkrankung weiterhin Auswirkungen auf die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit. Typischerweise entwickeln Patienten eine starke „Angst vor der Angst“, was dazu führe, dass Situationen, in denen sie die Erfahrung gemacht haben, dass diese Panikattacken auslösen können, möglichst ausgewichen werde. Dieses Vermeidungsverhalten und die damit verbundenen Unsicherheiten im Alltag schränken häufig den Aktionsradius und die Alltagstauglichkeit der betroffenen Patienten mehr ein, als die eigentlichen Panikattacken. Auch der Beschwerdeführer tendiere dazu, jegliche Situationen in denen es zu körperlicher Anstrengung komme, zu vermeiden. Davon betroffen seien unter anderem auch

körperlich anstrengende Arbeiten in seiner Garage. Dass er langsam in seiner Freizeit wieder beginne, sich körperlich zu belasten (Fussballspiel), könne als therapeutischer Erfolg gewertet werden und berege die Hoffnung, dass es dem Beschwerdeführer langfristig möglich sein werde, auch in anderen Bereichen (zum Beispiel bei der Arbeit) wieder mehr Selbstvertrauen in seinen Körper zu gewinnen, um die dort noch vorherrschenden Ängste auch noch zu überwinden. Im Gegensatz zum Fussballplatz sei er dort aber häufig alleine, was es für ihn schwieriger mache, sein Vermeidungsverhalten zu überwinden (da im Falle einer Beschwerde zunahm es schwieriger ist Hilfe zu erhalten). Neben dem Gefühl einer verminderten Belastbarkeit und reduzierten körperlichen Leistungsfähigkeit neige der Versicherte auch dazu, sich vermehrte Erholungszeit zuzugestehen, was sich in einer Verlangsamung im Tagesablauf auswirke. Med. pract. Z.____ schloss auf eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit an potentiell gefährlichen Maschinen. Routinetätigkeiten und solche ohne wesentlichen zeitlichen oder emotionalen Druck, die zeitlich flexibel erledigt werden könnten, erachtete er weiterhin mit einer 50%igen Leistungsfähigkeit als ausführbar.

E. 4.1

Vorwegzuschicken ist, dass das Y.____-Gutachten (E. 3.3) den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise vollumfänglich entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Auskunft über die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und die verbleibende Arbeitsfähigkeit. Die Expertise beruht auf den notwendigen Untersuchungen in allgemein-internistischer, psychiatrischer, neurologischer und otorhinolaryngologischer Hinsicht. Die Gutachter berücksichtigen die geklagten Beschwerden detailliert und setzen sich mit diesen und den objektivierbaren Befunden auseinander. Den Experten waren die Vorakten bekannt und sie nahmen ausführlich Bezug darauf, insbesondere in der Darlegung der Anamnese in Bezug auf das Aufkommen der Schwindelsymptomatik. Das Gutachten leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne ist bei Fehlen jeglicher organischer Anhaltspunkte ohne weiteres nachvollziehbar, dass die subjektiv geklagte Schwindelsymptomatik als psychogenen Ursprungs gefasst wurde und - bei diskreten Zeichen einer zentral-vestibulären Funktionsstörung - dies zu einem eingeschränkten Profil einer noch zumutbaren Tätigkeit führte, nicht aber auf eine in quantitativer Hinsicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit geschlossen wurde.

In Bezug auf die vorliegend im Vordergrund stehende und massgebende psychiatrische Pathologie begründeten die Gutachter ebenfalls in nachvollziehbarer Weise, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vorliegt und hieraus (aus medizinischer Sicht) eine um 30 % verminderte Arbeitsfähigkeit resultiert. Angesichts der im Wesentlichen unauffälligen erhebaren Befunde anlässlich des Untersuchungsgesprächs und der anamnestischen Angaben, welche nur geringe Auffälligkeiten zeigen, erscheinen die Schlussfolgerungen als schlüssig.

E. 4.2

Der behandelnde med. pract. Z.____ kam in Bezug auf die depressive Erkrankung zu praktisch identischen Ergebnissen, ging doch auch er von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung aus (E. 3.1). Sodann bestätigte er im August 2016 (E. 3.4), dass die im

Mai 2015 berichteten Panikattacken (E. 3.1) nicht mehr im Vordergrund stehen. Der zuständige Y.____-Facharzt hatte hierzu auf die Äusserung des Beschwerdeführers selbst verwiesen, welcher berichtet hatte, dass es zu keinen Panikattacken mehr komme (E. 3.3.3).

Seine abweichende Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (50 % statt 30 %) begründete med. pract. Z.____ mit einer Angst vor der Angst, was zu einem Vermeidungsverhalten führe und den Aktionsradius einschränke; na mentlich körperlich anstrengende Arbeiten und allein zu verrichtende Tätigkeiten ohne Gesellschaft anderer Leute seien hiervon betroffen (E. 3.4).

Diese Darlegungen vermögen die Einschätzung der Y.____-Experten nicht in Frage zu stellen. So berichtete Gutachter Dr. D.____ nicht über geklagte Angst vor der Angst, sondern der Beschwerdeführerin bestätigte im Gegenteil explizit das Verschwinden der Panik-Symptomatik, ohne auf Angstzustände hinzuweisen. Auch med. pract. Z.____ konnte keine entsprechende Schilderung des Beschwerdeführers beschreiben, sondern liess es im Wesentlichen bei einer allgemeinen Beschreibung des abstrakten Krankheitsbildes bewenden. Dass der Beschwerdeführer ungern alleine in seiner Garage verweilt, muss nicht zwangsläufig mit der gestellten Diagnose im Zusammenhang stehen. Derartiges wurde vom Beschwerdeführer - jedenfalls ist solches nicht aktenkundig - keinem Arzt gegen über berichtet.

Weiter fehlt eine Begründung des behandelnden Psychiaters, aus welchen Gründen auch in einer geeigneten, angsthemmenden Tätigkeit eine derart massive Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen vorliegen sollte. Wenn der Beschwerdeführer etwa in einer körperlich leichten Tätigkeit in Anwesenheit von Arbeitskollegen beschäftigt wäre, würde sich nach den Ausführungen des med. pract. Z.____ die Problematik gar nicht manifestieren. Im Gegenteil wäre dabei dem Gesellschaftsbedürfnis des Beschwerdeführers Rechnung getragen.

E. 4.3

Damit ist der Sachverhalt als in dem Sinne erstellt zu erachten, dass beim Beschwerdeführer eine leichte bis mittelgradige depressive Störung vorliegt, welche ihn - aus medizinischer Sicht - im Umfang von 30 % in seiner Arbeitsfähigkeit (ohne Sturzgefährdung) einschränkt.

E. 5

2.3

Als „Komorbiditäten“ bestehen (neben der depressiven Erkrankung) keine massgeblichen Gesundheitsschäden. Die Panikstörung ist überwunden und eine allfällige Angstproblematik äussert sich vorwiegend bei schweren Tätigkeiten ohne Gesellschaft. Die Schwindelsymptomatik ist nicht organisch bedingt und führt nicht zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Alltags des Beschwerdeführers.

E. 5.1.1

Mit zur Publikation bestimmten Urteilen

8C_841/2016, 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht entschieden, dass die für somatoforme Schmerzstörungen entwickelte

Rechtsprechung, wonach in einem strukturierten Beweisverfahren anhand von

Indikatoren die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Person zu ermitteln ist, künftig auf sämtliche psychischen Erkrankungen Anwendung findet.

E. 5.1.2

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Beweisrechtlich entscheidend ist der Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4):

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist. Dabei ist das bisherige Kriterium des sozialen Rückzugs (wiederum) so zu fassen, dass neben Hinweisen auf Einschränkungen auch Ressourcen erschlossen werden; umgekehrt kann ein krankheitsbedingter Rückzug aber auch Ressourcen zusätzlich vermindern. Soweit erhebbar, empfiehlt sich auch ein Vergleich mit dem Niveau sozialer Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung. Das Aktivitätsniveau der versicherten Person ist stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex "Gesundheitsschädigung") auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. Dies gilt allerdings nur, solange das betreffende Verhalten nicht durch das laufende Versicherungsverfahren beeinflusst ist. Nicht auf fehlenden Leidensdruck zu schliessen ist, wenn die Nichtinanspruchnahme einer empfohlenen und zugänglichen Therapie oder die schlechte Compliance klarerweise auf eine (unabwendbare) Unfähigkeit zur Krankheitseinsicht zurückzuführen ist. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

E. 5.1.3

Hervorzuheben ist dabei, dass die juristische Anspruchsprüfung in jedem Fall Aufgabe des Rechtsanwenders und insoweit die medizinische Schätzung der Leistungsfähigkeit rechtlich nicht verbindlich ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2).

E. 5.2

. 4

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer ist verheiratet und Vater von drei Kindern. Er wohnt mittlerweile nicht mehr zu Hause, kümmert sich aber um seine Kinder und geht auch mit seiner Ehefrau in den Ausgang. Sodann hat er Kollegen, welche er regelmässig trifft, und spielt Fussball. Weiter ist er nach wie vor in seiner Werk statt tätig (Urk. 7/44/2-28 S. 13 und Urk. 7/24/17). Damit ist kein sozialer Rückzug erkennbar und enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

E. 5.2.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass die depressive Störung nicht als ausgeprägt erscheint. Diagnostiziert wurde lediglich eine leichte bis mittelschwere depressive Episode und die funktionellen Einschränkungen im Alltag wurden nicht als derart einschneidend beschrieben, dass von einer besonderen Ausprägung ausgegangen werden könnte. So geht der Beschwerdeführer nach wie vor arbeiten, spielt Fussball und kümmert sich um seine Kinder.

E. 5.2.2

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder -resistenz“ ist vorwegzuschicken, dass unter fachärztlicher Therapie die Panikstörung wieder verschwand. In Bezug auf die Depression fehlt es aber gesamthaft betrachtet an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapie Möglichkeiten, ist der Beschwerdeführer doch erst seit März 2015 in fachärztlicher Behandlung (E. 3.1) Die Therapie findet nicht regelmässig wöchentlich statt, sondern zuweilen zweiwöchentlich, was nicht als konsequente Behandlung zu betrachten ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Eine stationäre Therapie wurde sodann nicht ins Auge gefasst.

E. 5.2.5

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff.) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Der Beschwerdeführer sieht sich nunmehr in der Lage, einer Arbeit im Ausmass von 20 % nachzugehen (Urk. 7/44/2-28 S. 13), beschwerdeweise schloss er auf eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % oder 70 %. Sein Tagesaktivitätsniveau ist zwar in einem

gewissen Umfang ein geschränkt, jedoch nicht entsprechend der von ihm geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit. So erscheint sein Aktivitätsniveau - abgesehen von kleineren Einschränkungen bei der Arbeit und dies hauptsächlich bei alleiniger Anwesenheit - als unauffällig. Er kümmert sich im Geschäft persönlich um seine Kunden, treibt Sport, hat rege soziale Kontakte und ein - auch nach dem Auszug von zu Hause - aktives Familienleben. Sodann ist er mobil und fährt auch weitere Strecken mit dem Auto (Urk. 7/44/2-28 S. 13). Dies alles spricht gegen eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag.

E. 5.2.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, a.a.O., S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. In konsistentem Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer steht wie dargelegt seit März 2015 in psychiatrischer Behandlung. Vorgängig bezogen sich die medizinischen Abklärungen einzig auf die geklagte Schwindelsymptomatik, für welche keine organische Ursache gefunden werden konnte. Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht der Behandlungintensität ohne stationäre Therapie nicht gesprochen werden. Sodann geht er nach wie vor seiner Arbeit nach und beschäftigt sich mit seinen Kunden. Einschränkungen gibt es hauptsächlich bei strenger Tätigkeit und Alleinsein.

E. 7

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 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: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - 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 Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Gräub
Sonderegger

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