

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01059 vom 7. September 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01059](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01059)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01059 du 7 septembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01059 del 7 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der 1976 geborene X.\_\_\_\_, Vater zweier Söhne und einer Tochter (geb. 1998 und 2004 resp. 1996), ohne abgeschlossene Berufsausbildung, reiste am 24. September 1990 in die Schweiz ein und war zuletzt vom 22. August 2011 bis zum Verkehrsunfall vom 19. Januar 2013 als Schulbuschauffeur beim Transportunternehmen Y.\_\_\_\_ tätig (Urk. 10/7, Urk. 10/28, Urk. 10/79, Urk. 10/102, Urk. 10/104).

Er hatte sich erstmals am 12. November 2008 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf einen am 14. November 2005 erlittenen Unfall sowie eine Poliomyelitis bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 10/5). Zur Abklärung der medizinischen und erwerblichen Verhältnisse zog die IV-Stelle die Akten des Unfallversicherers (Urk. 10/15) so wie einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 10/11) bei und holte Berichte der Arbeitgeberinnen (Urk. 10/13, Urk. 10/16, Urk. 10/17) sowie unter anderem ein interdisziplinäres (rheumatologisch-psychiatrisches) Gutachten vom 13. Oktober 2009 (Urk. 10/52 und Urk. 10/50) ein. Mit Verfügung vom 24. Mai 2011 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch (Urk. 10/73).

#### **E. 1.1.1**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

#### **E. 1.1.2**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4 mit Hinweis).

### **E. 1.2**

Mit Mitteilung vom 5. Juli 2011 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Eingliederungsmassnahmen in Form von Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (Urk. 10/78). Mit der besagten Unterstützung fand der Versicherte seine zuletzt ausgeübte Arbeitsstelle als Buschauffeur. Am 19. Januar 2013 erlitt X.\_\_\_\_ eine Frontalkollision. Die diesbezüglich vom Unfallversicherer erbrachten vorübergehenden Leistungen wurden per

30. April 2014 eingestellt (Urk. 10/114). Mit Verfügung vom 5. Februar 2013 sprach die Suva dem Versicherten bezüglich des Unfalls vom 14. November 2005 eine Invalidenrente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 10 % sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 5 % zu (Urk. 10/100).

Mit Verfügung vom 28. September 2015 wies die Suva die Einsprache gegen die Verfügung vom 5. Februar 2013 ab (Urk. 10/162).

### **E. 1.2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.2.2**

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**

Am 5. Dezember 2013 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an und machte sinngemäss eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend (Urk. 10/104). Die IV-Stelle trat auf die Neuanschuldung ein und holte im Rahmen weiterer medizinischer und erwerblicher Abklärungen Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 10/116, Urk. 10/118-119) ein und zog einen IK-Auszug (Urk. 10/109) sowie die Akten des Unfallversicherers (Urk. 10/106) bei.

Mit Vorbescheid vom 17. Oktober 2014 (Urk. 10/121) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen der Versicherte Einwand erhob (Einwand vom 12. November 2014 [Urk. 10/124], begründeter Einwand vom 30. Dezember 2014 [Urk. 10/132]).

Die IV-Stelle liess den Versicherten nach Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (Urk. 10/199/3) beim Z.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 6. August 2015 [Urk. 10/155]).

### **E. 1.3.1**

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 Aufgabebereich) 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).

Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281 seine ständige Rechtsprechung bestätigt, wonach psychische Störungen der hier interessierenden Art nur als invalidisierend gelten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind ( BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2; v gl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5) .

### **E. 1.3.2**

Gutachten, welche noch vor dieser bundesrechtlichen Praxis eingeholt wurden und sich daher noch nicht zu den beachtlichen Indikatoren äussern, verlieren per se nicht ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E.

8).

### **E. 1.4**

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

### **E. 1.5**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c;

Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

### **E. 1.6**

Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben diesfalls mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 140 V 193 ; 130 V 352

E. 2.2.5). Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten ( BGE 127 V 294

E. 5a; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_146/2015 vom 19. Januar 2016). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 21. September 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juni 2014 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen; eventuell seien dem Beschwerdeführer berufliche Massnahmen zu gewähren. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Mit Eingabe vom 7. Oktober 2016 (Urk. 6) reichte der Beschwerdeführer einen Bericht der behandelnden Neurologin vom 16. September 2016 zu den Akten (Urk. 7). Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 9), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. November 2016 mitgeteilt wurde (Urk. 11).

Mit Eingabe vom 31. August 2017 (Urk. 14) reichte der Beschwerdeführer zwei Radiologie-Befunde (MRI LWS vom 23. Oktober 2016 und MRI Knie rechts vom 17. Januar 2017) ein (Urk. 15/1-2).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit dem 3. April 2014 in seiner angestammten Tätigkeit wieder 100 % arbeitsfähig sei. Es liege gegenwärtig keine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung vor (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde dagegen vor, hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf das Gutachten des Z. \_\_\_ abzustellen. Dieses sei weder mit Defiziten behaftet noch widersprüchlich. Die Indikationsprüfung würde die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz der somatoformen Schmerzstörung nachweisen. Hinsichtlich der depressiven Symptomatik dürfe nicht auf das Gutachten des Krankentaggeldversicherers abgestellt werden, da es sich dabei um ein Parteigutachten handle. Dieses sei ausserdem weder nachvollziehbar, noch schlüssig oder beweiskräftig.

Sollte wider Erwarten keine Rente zugesprochen werden, seien berufliche Massnahmen zuzusprechen, da der Beschwerdeführer nicht selber in den Berufsalltag zurückfinden könne (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 d dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu ver gewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analog er Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesge setzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts

( ATSG ) vorzu gehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 3.1**

In der Verfügung vom 24. Mai 2011 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführer wegen somatischer Beschwerden in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Buschauffeur 100 % arbeitsunfähig sei, wohingegen eine angepasste Tätigkeit vollumfänglich für zumutbar gehalten wurde. Aus dem Einkommensvergleich resultierte ein Invaliditätsgrad von 0 % (Urk. 10/73).

Auf die Neuanschuldung vom 5. Dezember 2013 (Urk. 10/104) ist die Beschwer de gegnerin eingetreten und hat eine neuerliche Anspruchsprüfung vorgenommen. Demnach ist zu prüfen, ob sich seit der Verfügung vom 24. Mai 2011 (Urk. 10/73) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. August 2016 (Urk. 2) der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in - analog - revi sionsrechtlich erheblicher Weise verändert hat und aufgrund dessen nunmehr ein Rentenanspruch entstand (vgl. E. 1.1.2).

#### **E. 3.2**

Im Zeitpunkt der Verfügung vom 24. Mai 2011 präsentierte sich die medizini sche Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

Im bidisziplinären Gutachten der Klinik C.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2009 (Urk. 10/52, Urk. 10/50) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (Urk. 10/52/7): - Beckenstand links 2 cm bei - Status nac h Poliomyelitis 1977 mit generalisierter Atrophie der Bein muskulatur links und - femoroacetabuläres

Impingement des rechten Hüftgelenks mit Hernia tion Pit an typischer Stelle bei suboptimaler Schenkelhals-Taillierung, Status nach Arthroskopie am 6. Juni 2009 mit Labrumdebridement , Pfannenrand- und Kopf-/Schenkelhalstrimmung und postoperativ persistierende Taillierungsstörung und Verdacht auf Kapselfibrose , fort geschrittene Knorpelschäden und Labrumdegeneration (MRI 09/2009)

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Experten fest, der Beschwerdeführer könne eine vor allem im Sitzen zu verrichtende Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 10 kg ausüben. Die angestammte Tätigkeit als Chauffeur (Fleischtransport) sei nicht adaptiert, weil zu hohe Gewichtsbelastungen aufträfen. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit seit dem Unfall vom 11. Mai 2005 nicht mehr arbeitsfähig gewesen. In einer adaptierten Tätigkeit gemäss dem Belastungsprofil sei er dagegen nie langfristig arbeitsunfähig gewesen. Auch aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nie arbeitsunfähig gewesen (Urk. 10/52/8).

### **E. 3.3**

mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan ( BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3 ). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszu schliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden ( BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

#### **E. 3.3.2**

Dem polydisziplinären Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 6. August 2015 (Urk. 10/155) kann entnommen werden, der Beschwerdeführer leide an folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/155/66): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, bestehend seit etwa Januar 2013, (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung, bestehend von etwa Januar 2013 bis Dezember 2014, ICD-10 F43.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter folgende (Urk. 10/155/67): Lumbovertebralsyndrom bei Diskushernie L3/4 und Th 11/12 ohne neurale Kompression, Schmerzpersistenz der rechten Hüfte nach arthroskopischem Labrumdebridement mit Pfannenrand- und Kopf/Schenkelhals trimmung im Juni 2009, Status nach Poliomyelitis im 8. Lebensmonat mit Atrophie der linken Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur, mit leicht gradiger Schwäche linkes Bein mit Symptomexazerbation und Verdacht auf zusätzliche Inaktivitätsatrophie bei Status nach Kniegelenksverletzung ( 2005 ) und Hüftarthroskopie rechts ( 2009 ) sowie Beinverkürzung, Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung durch Autounfall mit Frontalkollision am 19. Januar 2013, rezidivierend auftretende Spannungskopfschmerzen bei Verspannungen im Schulter-/Nackengebiet, verstärkt auftretend seit Personwagen-Frontalkollision vom 19. Januar 2013, Röntgen-HWS vom 20. Januar 2013 ohne Hinweise für knöcherne Verletzungen, arterielle Hypertonie, Nikotinabusus, Urge-  
-Urininkontinenz .

Im Rahmen der polydisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, bei der aktuell zu erhebenden klinisch neurologischen Untersuchung fanden sich keine Paresen im Bereich des linken Beines, lediglich eine sakkadierte maximale Willkür-Innervation, am ehesten bedingt durch die subjektiven Schmerzen im linken Bein. In der aktuellen Elektroneurographie Praxis E.\_\_\_\_ habe sich kein Hinweis für einen degenerativen spinalen oder radikulären Prozess gefunden. Es hätten sich sogenannte Ries enpotentiale als Zeichen

der älteren chronisch neurogenen Reinnervation gezeigt, jedoch kein Hinweis für Denervation, kein Hinweis für akute neurogene Veränderungen. Darüber hinaus zeigte sich in der aktuellen klinisch neurologischen Untersuchung kein Hinweis für eine andersartige spinale oder radikuläre Symptomatologie und kein Hinweis für ein radikuläres Ausfallmuster. Klinisch zeigte sich noch aufgrund der Schmerzen eine verspannte thorako-lumbale Paravertebralmuskulatur. Auch im Schulter-Nacken-Bereich fanden sich Verspannungen, die zu Spannungskopfschmerzen führen können, wie diese auch vom Beschwerdeführer beschrieben würden. Deutlich zeigte sich eine hypertrophierte Ober- und Unterschenkelmuskulatur rechts im Vergleich zu links als Zeichen der muskulären Kompensation des rechten Beines zum linken Bein bei Status nach Poliomyelitis und Muskelatrophie. Aufgrund der klinisch neurologischen und elektromyographischen Untersuchung findet sich derzeit kein Hinweis für ein sogenanntes Postpoliosyndrom, welches mit einer progredienten Atrophie und Parese, aber auch elektrophysiologischen Veränderungen einhergehen würde. Der klinisch neurologische Befund zeigte zwar im Bereich des linken Beines eine durch die Poliomyelitis-Erkrankung im Kindesalter bedingte leichte Atrophie der Ober- und Unterschenkelmuskulatur links, jedoch keinen Nachweis von Paresen und somit von neurologischer Seite her keine funktionelle Beeinträchtigung (Urk. 10/155/64).

Aus psychiatrischer Sicht liessen sich beim Beschwerdeführer im Zusammenhang mit Hüftbeschwerden rechts mit operativer Behandlung im Juni 2009 und psychosozialen Problemen mit Arbeitsverlust Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion erheben, die sich mit Arbeitswiederaufnahme 2011 gebessert hätten. In der Folge habe der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit einem Autounfall mit Frontalkollision am 19. Januar 2013 eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden entwickelt und zusätzlich sei es aufgrund dieses lebensbedrohlichen, traumatisierenden Ereignisses zu einer posttraumatischen Belastungsstörung gekommen, welche sich unter Traumatherapie seit etwa vier bis fünf Monaten gebessert habe. Die mittelgradigen depressiven Episoden seien gekennzeichnet durch niedergeschlagene Stimmung mit Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, fehlender Unternehmungslust, verbunden mit Affektlabilität, teils mitschwingend, teils vermindert mitschwingend, teils weinerlich, und hinzu kämen psychomotorische Unruhe mit Reizbarkeit, Erregbarkeit bis Aggressivität sowie Antriebsminderung. Sodann liessen sich kognitive Störungen mit Konzentrationsschwierigkeiten und erschwerten Gedächtnisleistungen, vor allem mit ungenauen zeitlichen Angaben, erheben. Hinzu kämen Denkstörungen mit vermehrter Nachdenklichkeit, Grübeln und negativistisch eingengtem Denken auf seine körperlichen Beschwerden und seine soziale Situation mit Zukunftsängsten und Existenzängsten. Auch liessen sich Suizidgedanken erheben mit mangelndem Lebenswillen und vorübergehenden suizidalen Einengungen sowie angeblichen Suizidversuchen vor etwa zwei Jahren. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten sich keine Hinweise für vermehrte Müdigkeit oder Erschöpfung erkennen lassen. Zudem wirke der Beschwerdeführer sozial zurückgezogen und klagsam. Daneben liessen sich keine eindeutigen Hinweise für akzentuierte Persönlichkeitszüge erheben, wobei er durch die körperlichen Beschwerden und sozialen Probleme enttäuscht und gekränkt wirke. Sodann hätten sich beim Beschwerdeführer im Zusammenhang mit dem schweren Autounfall am 19. Januar 2013 nach anfänglichem „Schockzustand“ Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion erheben lassen,

einher gehend mit bildhaften Erinnerungen an das Unfallgeschehen, Flashbacks mit Angstzuständen, Schreckhaftigkeit, vegetativen Symptomen und anfänglichem Vermeidungsverhalten. Unter einer Traumatherapie hätten sich diese Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung seit etwa vier bis fünf Monaten deutlich gebessert und es hätten sich zum Untersuchungszeitpunkt diese typischen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr erheben lassen. Zusätzlich könne aufgrund der multiplen Schmerzsymptomatik mit schweren und quälenden Schmerzen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden, bei der die Schmerzen durch eine organische Störung nicht ausreichend erklärt werden können. Daneben lasse sich beim Beschwerdeführer seit dem Unfallgeschehen im Januar 2013 eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden und zusätzlich Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung erheben, die sich eben falls seit etwa vier bis fünf Monaten gebessert hätten. Damit könne inzwischen eine von der Schmerzsymptomatik unabhängige, sich verselbständigende depressive Erkrankung mit mittelgradigen depressiven Episoden mit niederem sozialem Funktionsniveau angenommen werden, und es bestehe somit eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer, und der Beschwerdeführer verfüge nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen, die mit einer zumutbaren Willensanstrengung nicht ausreichend überwindbar erscheinen würden. Daneben liessen sich keine weiteren massgebenden Faktoren wie chronische, körperliche Begleiterkrankungen, ausser den somatisch zu erhebenden Befunden, und kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens erheben. Der Beschwerdeführer habe laut seinen Angaben zwar wenige soziale, jedoch gute familiäre Kontakte. Auch liege kein hoher primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufes bei missglückter, psychisch aber entlastender Konfliktbewältigung vor. Es lägen keine eindeutig unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequenter Behandlungsbemühungen bei vorhandener Motivation und Eigenverantwortung vor, und der Beschwerdeführer erhalte schon seit März 2013 eine regelmässige psychotherapeutische Behandlung, worunter sich die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung seit etwa vier bis fünf Monaten gebessert hätten. Daneben seien bisher keine teilstationären oder stationären psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlungen sowie keine antidepressive Medikamentierung erfolgt. Damit seien die therapeutischen Optionen nicht ausgenützt. Auch fänden sich Hinweise für eine psychogene Überlagerung der Beschwerden mit Verdeutlichungstendenzen. Auch könne trotz der rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden, mit Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit mit Verwertung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Allerdings sei der Beschwerdeführer einem Arbeitsumfeld nur eingeschränkt zumutbar und bedürfe vermehrter Rücksicht und Verständnis. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Kontaktfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt. Es liessen sich aber gewisse Ressourcen erheben. Die berichteten und beklagten Beschwerden seien in sich überwiegend konsistent, jedoch fänden sich Hinweise für eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden mit Verdeutlichungstendenzen (Urk. 10/155/64-66).

Zur Arbeitsfähigkeit ist dem Gutachten zu entnehmen, aufgrund der rezidierten depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und dem Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit, betrage die Arbeitsfähigkeit als Schulbuschauffeur gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %), zumal das Lenken eines Schulbusses mit erhöhter Lenkerverantwortung aufgrund der depressiven Störung ohnehin nicht zu verantworten sei (Urk. 10/155/67). Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne Lenken eines Kraftfahrzeuges mit erhöhter Lenkerverantwortung und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 zu 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %) zugemutet werden (Urk. 10/155/68).

Sodann hielten die Gutachter fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 2. August 2014 sei berücksichtigt worden und es könne den diagnostischen Einschätzungen nur teilweise zugestimmt werden. Nach den Aktenunterlagen, den anamnestischen Angaben und der klinischen Untersuchung sei anzunehmen, dass im August 2014 bereits eine mittelgradige depressive Störung vorgelegen habe. Damit könne auch der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht zugestimmt werden (Urk. 10/155/70).

### **E. 3.3.3**

Nach den gutachterlichen Untersuchungen, welche im Mai und August 2015 stattgefunden hatten (Urk. 10/155/2), erlitt der Beschwerdeführer am 6. November 2015 als Beifahrer eines Personenwagens einen Auffahrunfall (Urk. 10/188). Dem Austrittsbericht der Chirurgischen Klinik des Spitals F.\_\_\_\_ vom 13. November 2015 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach notfallmässiger Selbsteinweisung vom 6. November 2015 bis zum 11. November 2015 stationär behandelt wurde, neu eine HWS-Distorsion und Myogelosen diagnostiziert und mittels Computertomographie vom 6. November 2015 mehrere vergrösserte Lymphknoten intrapulmonal befunden wurden. Die 24-Stunden-GCS-Überwachung sei unauffällig verlaufen und nach Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung sei es im weiteren Verlauf zu einer Besserung der Beschwerdesymptomatik gekommen. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und schmerzkompenziert nach Hause entlassen werden können (Urk. 10/182).

### **E. 3.3.4**

Im beschwerdeweise eingereichten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Neurologie, vom 16. September 2016 zu Händen des Hausarztes des Beschwerdeführers wurde festgehalten, im Neurostatus finde sich eine Verschlechterung, indem die Reflexe der unteren Extremitäten und auch die Bahnung nicht mehr ausgelöst werden könnten. Sensibilitätsstörungen hätten keine gefunden werden können, es handle sich lediglich um eine motorische Problematik, somit wäre allenfalls auch eine motorische Polyneuropathie differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen. Der Beschwerdeführer habe ganz klar ein instabiles Knie links, welches wohl gelegentlich zu einem funktionell anmutenden Ausfallschritt und Einknicken in der Hüfte führe. Das Phänomen sei als „giving

way “ zu beschreiben, verursacht durch einen stechenden Schmerz, arthrosebedingt . Es sei nicht klar, warum der Beschwerdeführer keine Stabilisierungsschiene trage (Urk. 7 S. 2).

### **E. 3.3.5**

Den Akten ist zu entnehmen, dass dem Beschwerdeführer mit Mitteilungen vom 12. Februar 2015 Kostengutsprache für eine dynamische Fussheberorthese links und Schuhzurichtung links nach ärztlicher Verordnung gewährt wurde (Urk. 10/137 f.) 4. 4.1

Zunächst ist festzustellen, dass es entgegen der vom Beschwerdeführer offenbar vertretenen Auffassung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigung, also auch bei - nicht von der Rechtsprechung des Bundesgerichtes zu den soma toformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Störungen (BGE 130 V 352 [bisherige Rechtsprechung], BGE 141 V 281 [am 3. Juni 2015 geänderte Rechtsprechung]) erfassten – Depressionen und Persönlichkeits stö rungen, keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Fall gutachtlich befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch fest gestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Dies unter anderem deshalb, weil die Arbeitsunfähigkeit ein unbestimmter Rechtsbegriff des formellen Gesetzes ( Art.

### **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 weit gehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der ver sicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeits markt 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 20 15 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

### **E. 5.1**

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf berufliche Mass nahmen hat.

### **E. 5.2**

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung beziehungsweise eines Einspracheentscheids – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung beziehungsweise der Einspracheentscheid den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung beziehungsweise kein Einspracheentscheid ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

### **E. 5.3**

Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildete lediglich der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Über einen allfälligen Anspruch auf berufliche Massnahmen wurde nicht verfügt. Soweit also beschwerdeweise eventuell die Zusprache von beruflichen Massnahmen beantragt wird, ist man gels eines Anfechtungsgegenstandes auf die Beschwerde nicht einzutreten.

Anzumerken bleibt, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 13. Mai 2016 in Aussicht gestellt hat, weitere IV-Leistungen, insbesondere berufliche Massnahmen, prüfen zu wollen, sobald die Abklärungen beim Regionalen Ärztlichen Dienst abgeschlossen seien (Urk. 10/189).

#### **E. 5.4**

Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 6.

#### **E. 6**

ATSG) ist, dessen praktische Handhabung im Einzelfall der rechtsanwendenden Stelle obliegt, welche den durch Gesetz und Rechtsprechung gezogenen normativen Rahmen zu berücksichtigen hat (BGE 140 V 193 E. 3.1). Aufgrund der in diesem Leitentscheid näher umschriebenen tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung, unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden, Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht zuständig sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst, sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen; vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen dabei die medizinischen Angaben frei, insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 mit Hinweisen). Die Ärzte und die Organe der Rechtsanwendung prüfen demnach die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_901/2015 vom 8. Juli 2016 E. 3.1).

Ob die vorliegend zur Diskussion stehenden Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellen, ist eine Rechtsfrage. Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere (vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 8C\_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 2 mit Hinweis). 4.2

Das polydisziplinäre Gutachten vom 6. August 2015 (Urk. 10/155) basiert auf fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und Auseinandersetzung mit den Vorakten verfasst. Die Gutachter berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sie legten die medizinischen Zustände und Zusammenhänge grundsätzlich einleuchtend dar und begründeten

ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Das Gutachten der Z.\_\_\_\_ erfüllt demnach grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Beurteilungsgrundlage (vgl. E. 1.5). 4.3 4.3.1

Gemäss den Z.\_\_\_\_-Gutachtern ist die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit bedingt durch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und einen Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung. Die Beschwerdeführerin stellte auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten ab, unter Bezugnahme auf den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_, welcher den psychiatrischen Diagnosen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass und zudem das Vorliegen einer depressiven Symptomatik ausschloss und keine entsprechende Diagnose stellte. Auch der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ ist im Sinne der vorstehend zitierten Rechtsprechung grundsätzlich beweiskräftig. Ob es sich dabei um ein eigentliches Parteigutachten handelt, wie vom Beschwerdeführer behauptet, kann offengelassen werden, weil – wie bereits ausgeführt – die Herkunft eines Beweismittels nicht entscheidend ist, solange die rechtsprechungsgemässen Kriterien erfüllt sind (vgl. E. 1.5). 4.3.2

Betreffend die von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, bestehend seit etwa Januar 2013 (ICD-10 F33.1) gilt es zu beachten, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E.

### **E. 6.1**

Gestützt auf die eingereichten Unterlagen (vgl. Urk. 3/10) sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt. Antragsgemäss ist dem Beschwerdeführer deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwalt Martin Amsler, Dübendorf, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

### **E. 6.2**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 6.3**

Rechtsanwalt Martin Amsler machte mit seiner Honorarnote vom 22. Dezember 2016 einen Aufwand von 9,75 Stunden sowie Barauslagen von insgesamt Fr. 265.-- geltend (Urk. 133). Der geltend gemachte Aufwand von 9,75 Stunden erscheint angemessen und ist aufgrund des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- pro Stunde mit Fr. 2'145.-- zuzüglich Mehrwertsteuer von 8% zu entschädigen. Barauslagen sind in der Höhe von

Fr. 265.-- zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % zu ersetzen. Rechtsanwalt Martin Amsler ist demnach mit insgesamt Fr. 2'602.80 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

#### **E. 6.4**

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 21. September 2016 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Martin Amsler, Dübendorf, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und erkannt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Martin Amsler, Dübendorf, wird mit Fr. 2'602.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Amsler - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 14 und Urk. 15/1-2 - 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  
Hurst Hausammann

#### **E. 10**

/ 155 ) und –

so weit nötig – unter Berücksichtigung der weiteren fachärztlichen Berichte in Anwendung der mit BGE 141 V 281 materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen in Bezug auf die gutachterliche Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie einer

PTBS eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgebenden Indikatoren möglich ist oder nicht ( E. 1.3 ). 4.4.2

Unter dem Aspekt funktioneller Schweregrad ist festzuhalten, dass die Z.\_\_\_\_-Gutachter die Schmerzstörung des Beschwerdeführers als schwergradig bezeichneten. Diese Qualifikation vermag insoweit nicht zu überzeugen, als in der Anamnese über keine schweren und/oder quälenden, anhaltenden Schmerzen berichtet wird (Hüftbeschwerden seit dem Unfall 2005, LWS-Schmerzen seit ca. 2009, verstärkt seit dem Unfall vom 19. Januar 2013 mit ständigen, stechenden Schmerzen wechselnder Intensität, vermehrtes Schwächegefühl im linken Bein; Urk. 10/155/108) und der Beschwerdeführer grundsätzlich auch ohne Stock gehen kann (Urk. 10/155/49 f.; vgl. auch Urk. 10/118/20). Dr. D.\_\_\_\_ äussert sich denn auch dahingehend, dass der Schweregrad sowohl der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als auch der dissoziativen Bewegungsstörung als leichtgradig zu beurteilen sei (Urk. 10/118/22). Von einem Ausschöpfen der Behandlungsmöglichkeiten kann aus den genannten Gründen auch in Bezug auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung nicht die Rede sein. Die sich nach dem Unfall vom Januar 2013 entwickelte, posttraumatische Belastungsstörung war bereits während des Aufenthaltes in der Rehaklinik I.\_\_\_\_ im Oktober/November 2013 teilremittiert (vgl. Urk. 10/106/4) und entsprechende Symptome liessen sich anlässlich der gutachterlichen Exploration im Mai 2015 keine mehr finden (Urk. 10/155/29). Wenn Dr. J.\_\_\_\_ die Symptomatik erst vor vier bis fünf Monaten vor seiner Exploration als gebessert einschätzt (Urk. 10/155/65), so beruft er sich einzig auf die zeitlichen Angaben des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 10/155/23) und nicht auf echtzeitliche ärztliche Befunde. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit beeinträchtigende somatische Komorbiditäten liegen nicht vor (vgl. E. 4.5). Der rezidivierenden depressiven Störung ist aus den genannten Gründen ein relevanter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abzusprechen (vgl. E. 4.3). Dr. J.\_\_\_\_ fand sodann keine Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (Urk. 10/155/32). Hinsichtlich des Komplexes "Sozialer Kontext" lässt der Lebenskontext des Beschwerdeführers auf durchaus vorhandene Ressourcen (vgl. E. 4.3.5) schliessen. Die Gutachter hielten dies bezüglich eines fehlenden sozialen Rückzug fest (Urk. 10/155/66). Zum beweisrechtlich entscheidenden Aspekt der Konsistenz hielten die Gutachter grundsätzlich überwiegend konsistente Beschwerdeschilderungen fest, sie fanden jedoch auch Hinweise für eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden mit Verdeutlichungstendenzen (Urk. 10/155/66). So gab der Beschwerdeführer im Rahmen der orthopädischen Untersuchung an, während 20 Minuten sitzen zu können (Urk. 10/155/4), was ihm während der psychiatrischen Untersuchung indes während einer Stunde möglich war (Urk. 10/155/28).

Unter Berücksichtigung der nunmehr beachtlichen Standardindikatoren, insbesondere der fehlenden Therapieresistenz des Schmerzsyndroms resp. des Status nach posttraumatischer Belastungsstörung, aber auch mangels Komorbiditäten, wegen festgestellter Inkonsistenzen und des Vorhandenseins nicht abgegrenzter psychosozialer Faktoren und einer unauffälligen Persönlichkeitsstruktur, sind erhebliche funktionelle Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung /des Status nach posttraumatischer Belastungsstörung respektive der in diesem Zusammenhang geklagten Beschwerden nicht schlüssig nachgewiesen. Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und der Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) haben so mit gestützt auf die Feststellungen der Gutachter

keine invaliden versicherungsrrechtlich relevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

#### 4.5

Aus somatischer Sicht stellten die Gutachter keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest. So sind auch dem Austrittsbericht des Spitals F. \_\_\_ vom 7. November 2015 keine Hinweise auf eine relevante (andauernde) Verschlechterung des Gesundheitszustandes zufolge des neusten Verkehrsunfalls vom 6. November 2015 zu entnehmen. Der Beschwerdeführer konnte vielmehr in gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden (E. 3.3.3). Auch in neurologischer Hinsicht besteht keine invalidisierende Gesundheitsschädigung. Der neurologische Gutachter stellte schlüssig fest, dass aufgrund der klinisch neurologischen und elektromyographischen Untersuchungen sich derzeit kein Hinweis für ein sogenanntes Postpoliosyndrom, welches mit einer progredienten Atrophie und Parese, aber auch elektrophysiologischen Veränderungen einhergehen würde, findet. Von neurologischer Seite her sei keine funktionelle Beeinträchtigung vorhanden (Urk. 10/155/64). Daran vermag der beschwerdeweise eingereichte Bericht von Dr. G. \_\_\_ vom 16. September 2016 (Urk. 7) nichts zu ändern. Dem Bericht kann entnommen werden, dass keine Sensibilitätsstörungen gefunden wurden und es sich lediglich um eine motorische Problematik handle, wobei der behandelnden Neurologin nicht einleuchtet, weshalb der Beschwerdeführer trotz der festgehaltenen Beeinträchtigungen keine Stabilisierungsschiene trage. Angaben zur Arbeitsfähigkeit werden keine gemacht. Auch aus den neu aufgelegten bildgebenden Befunden (Urk. 13/1-2) ergeben sich keine neuen, von den Gutachtern noch nicht berücksichtigten Aspekte. 4.6

Zusammenfassend ist nicht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass seit der letztmaligen Beurteilung des Leistungsanspruchs eine anspruchsbegründende Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. Die gutachterlichen Diagnosen

einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), einer

anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie der Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) vermögen

aus den dargelegten Gründen keine invaliden versicherungsrrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Aus somatischer Sicht besteht keine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit.

#### 5.

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