

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01319 vom 24. September 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01319

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01319 du 24 septembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01319 del 24 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1971 geborene X.____ arbeitete ab April 1989 als Maurer beziehungsweise ab 1. Juli 2011 als Bauvorarbeiter. Am 28. Juni 2012 erlitt er einen Heckauffahrunfall und am 23. Mai 2013 einen Treppensturz (vgl. Urk. 6/5/65-66, 6/98/1). Am 19. Februar 2014 meldete er sich unter Hinweis auf diese beiden Unfälle sowie auf eine schwere Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten des Unfall- und des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 6/5, 6/14, 6/28) und führte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen durch (Urk. 6/17, 6/18, 6/19, 6/30-31, 6/33). Unter anderem veranlasste sie eine Begutachtung bei Dr. med. Y.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (Gutachten vom 6. März 2016, Urk. 6/71). Nachdem ihr Regionaler Ärztlicher Dienst dazu Stellung genommen hatte (Urk. 6/102/5), liess sie durch Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrie, ein weiteres Gutachten (Obergutachten) erstellen (Gutachten vom 6. Juli 2016, Urk. 6/98). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/103, 6/111) wies sie mit Verfügung vom 24. Oktober 2016 das Leistungsbegehren ab (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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invaliden versicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte;

das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur so weit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 28 Abs. 1 IVG).

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). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. am 23. November 2016 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen, eventualiter die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 1. Januar 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung:

E. 2.1

Zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 24. Oktober 2016 erkannte Verneinung eines Leistungsanspruchs zu Recht erfolgte. Strittig zwischen den Parteien ist die Auswirkung des psychischen Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit.

E. 2.2

Das Gutachten von Dr. Z. wird von beiden Parteien als beweiskräftig anerkannt. Der Beschwerdeführer berief sich in der Beschwerde auf die darin attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 1). Die IV-Stelle verneinte in der angefochtenen Verfügung einen invalidisierenden Gesundheitsschaden mit der Begründung, die psychiatrische Erkrankung sei therapierbar. Der Beschwerdeführer habe die Behandlungsmöglichkeiten bislang nicht ausgeschöpft (Urk. 2). 2.3

Nach der früheren Rechtsprechung wurde bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, angenommen, dass - aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässigen guten Therapierbarkeit - hieraus keine IV-rechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. Den leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt

es, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3, Bundesgerichtsurteil 8C_753/2016 vom 15. Mai 2017). Nur in der seltenen Konstellation mit Therapieresistenz war den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3).

Mit BGE 143 V 409 und 143 V 418 - welche beiden höchstrichterlichen Entscheide am 30. November 2017, mithin nach Erla ss der angefochtenen Verfügung , ergingen - hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung geändert und fest gestellt, dass die Therapierbarkeit allein keine abschliessende evidente Aussage über das Gesamtmass der Beeinträchtigung und deren Relevanz im IV-rechtlichen Kontext zu liefern vermöge. Weiter hat es erkannt, dass sämtliche psychischen Erkrankungen, namentlich auch depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur, grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind, welches bislang bei Vorliegen somatoformer Schmerzstörungen anhand eines Kataloges von Indikatoren durchgeführt wird. Dieses bleibt entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann . 3. 3.1

Infolge der Unfälle vom 28. Juni 2012 und 23. Mai 2013 war der Beschwerdeführer vom 7. November bis 12. Dezember 2013 in der Rehaklinik A.____ hospitalisiert. Ein organisches Substrat für die geklagten Schmerzen im Sinne einer bildgebend oder sonst nachweisbaren strukturellen Veränderung konnte ausgeschlossen werden (Urk. 6/5/33 , vgl. auch Urk. 6/38/8). Die Klinikärzte hielten eine erhebliche Symptomausweitung fest. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könne, als im Rahmen der Leistungstests

im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklären. Eine psychiatrische Diagnose stellten die Ärzte nicht. Sie hielten bloss fest, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Dem Beschwerdeführer attestierten sie ab 10. Januar 2014 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit als Vorarbeiter. Aufgrund seines subjektiven Schwindelgefühls brachten sie dazu den Vorbehalt an, dass aktuell noch kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten möglich sei (Bericht vom 12. Dezember 2013, Urk. 6/5/33-41). 3.2

Der behandelnde Psychiater PD Dr. med. B.____

diagnostizierte im Bericht vom 3. April 2014 eine schwere, chronifizierte Depression (ICD-10 F32.2), bestehend sei mindestens Juni 2013. Er wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer seit September 2013 wieder zu 20 % arbeite. Es handle sich um einfache Hilfstätigkeiten, die er in einem langsamen Tempo täglich während ca. zwei Stunden ausführe. Danach müsse er die Arbeit wegen verstärkter Beschwerden und Erschöpfung beenden (Urk. 6/17/6).

PD Dr. B.____ bescheinigte dem Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 80 % (Urk. 6/17/10 , vgl. auch Urk. 6/14/1-3). 3.3

Im Auftrag des zuständigen Krankentaggeldversicherers wurde der Beschwerdeführer durch das C.____ orthopädisch-psychiatrisch begutachtet. Aus somatischer Sicht wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint. Das Ausmass der Nackenschmerzen und der subjektiven Limitierung konnte nicht plausibilisiert werden. Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit ergab eine mässige Symptomausweitung (Urk. 6/28/5-7).

Aus psychiatrischer Sicht wurde mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD F32.1, F32.2) diagnostiziert. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) beigemessen. Dazu wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe etwa einen Monat nach dem Auffahrunfall vom 28. Februar 2012 eine depressive Störung entwickelt. Seit mindestens Juni 2013 könne eine mittelgradige bis schwere depressive Episode erhoben werden, gekennzeichnet durch eine niedergeschlagene Stimmungslage mit Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, Affektstörungen und psychomotorischer Unruhe. Der Beschwerdeführer wirke im Denken auf seine körperlichen Beschwerden und soziale Situation völlig negativistisch eingeengt mit Grübeln, fehlenden Zukunftsperspektiven sowie Zukunfts- und Existenzängsten. Sodann bestünden Suizidgedanken ohne Hinweise für eine suizidale Einengung, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Insuffizienzgefühle, vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Motivation, Interessenlosigkeit und ein sozialer Rückzug. Trotzdem habe der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben soziale Kontakte. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens lasse sich nicht feststellen. Aus psychiatrischer Sicht respektive im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde dem Beschwerdeführer für die Tätigkeit als Maurer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 80 % und in einer Verweistätigkeit eine Einschränkung von 60 % attestiert

(Urk. 6/28/7-8, 6/28/22 -25). 3.4

Dr. Y.____ hielt im Gutachten vom 6. März 2016 eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F43.21) fest, welcher Diagnose er indes keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Mithin bescheinigte er aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Er führte aus, der athletisch und gepflegt erscheinende Beschwerdeführer sei während der gesamten Untersuchung auf dem Stuhl gesessen und habe sich ohne Schmerzen bewegt. Bei der Beantwortung der Fragen habe er sich jeweils problemlos zur neben ihm sitzenden Dolmetscherin gewandt. Die Mimik und Gestik seien verhalten gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich wach und allseits orientiert gezeigt. Auffassung, Konzentration und Gedächtnis seien unauffällig gewesen. Im Denken sei er auf die körperlichen Beschwerden eingeengt, im Affekt eher herabgestimmt, wenig schwingungsfähig gewesen. Hinweise auf eine akute Suizidalität bei anamnestisch vorhandenen Suizidgedanken hätten keinen Bestand (Urk. 6/71/13-14).

Im Rahmen der Begutachtung seien zahlreiche Inkongruenzen und Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den berichteten Aktivitäten aufzufallen. So gebe der Beschwerdeführer an, aufgrund seiner Schmerzen nach einer Gehstrecke von 500 m eine Pause einlegen zu müssen. Gleichzeitig habe er detailliert und nach intensivem Nachfragen ausgeführt, wie er kürzlich eine 15-stündige Autofahrt nach Kalabrien mit seinem Personenwagen in Begleitung eines Kollegen absolviert habe. Dabei hätten sie sich beim Fahren abgewechselt und seien ohne Pausen die ganze Strecke durchgefahren (Urk. 6/71/12-13+ 20). Der Beschwerdeführer sei fähig, alle ein bis zwei Monate mit dem Auto nach Kalabrien zu seiner Familie zu fahren, obschon er nach eigenen Angaben unter

schwersten Konzentrationsstörungen leide, die es ihm sogar verunmöglichen, längere Zeit TV zu sehen (Urk. 6/71/21). Bezüglich der aktuellen psychischen Beschwerden bleibe die Situation unklar. Der Beschwerdeführer betone, dass die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit primär aufgrund von körperlichen Schmerzen zustande kämen. Die depressiven Beschwerden interpretiere er als Folge der körperlichen Schmerzen. Allerdings befinde er sich seit längerer Zeit nicht mehr in Behandlung für die körperlichen Leiden, sondern nur noch in psychotherapeutischer Behandlung. Die antidepressive Medikation habe wegen Wirkungslosigkeit mehrmals umgestellt werden müssen. Mittlerweile nehme der Beschwerdeführer nur noch 100 mg Saroten abends ein. Insgesamt sei die Schilderung des invalidisierenden Beschwerdebilds, welches mit chronischen Schmerzen begründet werde, aus psychiatrischer Sicht wenig nachvollziehbar. Es fänden sich weder in den Vorakten noch in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung klare Hinweise auf einen relevanten psychischen Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit einschränken würde (Urk. 6/71/22). 3.5

PD Dr. B. kritisierte in der Stellungnahme vom 7. April 2016, dass der Gutachter Dr. Y. es versäumt habe, die nötige elementare Evaluation für das Bestehen eines depressiven Syndroms durchzuführen (Urk. 6/76). Der Regionale Ärztliche Dienst beanstandete in der Stellungnahme vom 9. Mai 2016, dass Dr. Y. die Frage, ob ein psychischer Gesundheitsschaden vorliege, offen lasse. Allein der Hinweis, dass sich ein solcher in den Akten nicht wiederfände, genüge nicht zur Beantwortung dieser Frage. Angesichts der unterschiedlichen Beurteilungen der Gutachter des C., des behandelnden Psychiaters und des Gutachters Dr. Y. sei eine erneute Begutachtung angezeigt (Urk. 6/102/5). 3.6

Dr. Z. stellte im Gutachten vom 6. Juli 2016 die Diagnosen einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1/2), chronische Schmerzen bei gleichzeitig bestehenden psychosozialen Belastungen mit somatoformer Komponente im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsänderung im Sinne einer chronifizierten Entwicklung bei multiplen psychosozialen Belastungen. Zur diagnostizierten depressiven Episode ergänzte er, diese sei im langjährigen Verlauf fluktuierend. Im Durchschnitt sei von einer mittelgradigen depressiven Symptomatik auszugehen, bestehend seit mindestens Juni 2013 (Urk. 6/98/18).

Den Beschwerdeführer beschrieb Dr. Z.

als in der Grundstimmung niedergeschlagen und in der affektiven Modulation eingeschränkt. Der Beschwerdeführer habe über eingeschränkte Interessen, Freudverminderung, verminderten Antrieb, gesteigerte Ermüdbarkeit, deutlich vermindertes Selbstwertgefühl und Suizidgeanken berichtet. Eine perakute Suizidalität bestehe aber nicht. Auch Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle würden verneint respektive auf Nachfrage nicht bestätigt. Das formale Denken sei geordnet und kohärent. Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien klinisch nicht beeinträchtigt gewesen. Der Beschwerdeführer habe jedoch subjektiv über Konzentrationsstörungen geklagt. Beim Besprechen der sozialen Situation habe sich der Beschwerdeführer plötzlich gereizt und weniger kooperativ gezeigt. Nachdem er aber erneut auf den Sinn der Untersuchung hingewiesen worden sei, habe er wieder präziser auf die Fragen geantwortet. Über eine geregelte Tagesstruktur verfüge der Beschwerdeführer nicht. Sozial werde ein Rückzug beschrieben. Ein Leidensdruck sei deutlich spürbar. Mehrmals täglich habe der Beschwerdeführer via WhatsApp telefonischen Kontakt mit seiner Familie in Italien (Urk. 6/98/13-14).

Hinsichtlich der diagnostischen Beurteilung führte Dr. Z.____ aus, bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung habe der Beschwerdeführer klinisch ein mittelgradiges depressives Syndrom aufgewiesen. Unter Mitberücksichtigung der subjektiven Beschwerdeschilderungen seien die diagnostischen Kriterien gemäss ICD-10 für eine schwere depressive Episode erfüllt. Festzuhalten sei jedoch, dass zur Zeit keine adäquate medikamentöse antidepressive Behandlung durchgeführt werde. Vor etwa einem Monat sei die antidepressive Medikation abgesetzt worden. Es falle auf, dass die bisherigen medikamentösen Behandlungen mit Ausnahme des Versuchs mit Cymbalta wegen Nebenwirkungen nur tief dosiert durchgeführt worden seien. Die fehlende Tagesstruktur habe zusätzlich zur Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik beigetragen. Eine tagesklinische oder stationäre psychiatrische Behandlung sei bisher nicht erfolgt. Der Beschwerdeführer lehne dies ab. Von einer solchen Behandlung in Kombination mit einer adäquaten antidepressiven Medikation sei eine Verbesserung des depressiven Syndroms zu erwarten. Ein neuer antidepressiver Behandlungsversuch sei gemäss Angaben des behandelnden Psychiaters vorgesehen (Urk. 6/98/16).

Auszugehen sei von einem Mischbild einer depressiven Entwicklung reaktiv auf den Unfall vom Juni 2012 in Kombination mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode gemäss ICD-10-Kriterien. Die Chronifizierung der Depression sei mit der psychosozialen Situation (Trennung von der Familie) sowie der vom Beschwerdeführer schlecht tolerierten medikamentösen Behandlung zu erklären. Der Beschwerdeführer führe ein

Vita minima mit sozialem Rückzug. Gemäss Schilderungen des Beschwerdeführers sei im Rahmen der depressiven Entwicklung eine Persönlichkeitsänderung eingetreten. Er beschreibe sich als deutlich inaktiver, passiver und sozial zurückgezogener als früher (Urk. 6/98/17-18)

Medizinisch-theoretisch bestehe für adaptierte Tätigkeiten eine Teilarbeitsfähigkeit von etwa 50%. Unter Mitberücksichtigung der IV-fremden psychosozialen Faktoren sei die von PD Dr. B.____ angenommene vollständige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Diese Angaben gälten für sämtliche Tätigkeiten. Aufgrund der erhöhten Unfallgefahr seien Tätigkeiten in der Höhe oder mit Maschinen ungünstig. Im bisherigen Arbeitsbereich seien diese Vorgaben wahrscheinlich nur bei optimaler Adaption des Arbeitsplatzes umsetzbar (Urk. 6/98/18). 4. 4.1

Das Gutachten von Dr. Z.____ wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Der Gutachter erhob detaillierte Befunde, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen so wie mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Zudem legte er die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dar. Das Gutachten erfüllt mithin die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1, vgl. E. 1.4 hiervor). 4.2

Davon gehen auch die Parteien aus. Soweit der Beschwerdeführer die Annahme einer in der Höhe variierenden Arbeitsfähigkeit seit Juli 2013 in Betracht zieht (Urk. 1 S. 7), ist ihm nicht zu folgen. Die von Dr. Z.____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% erstreckt sich über den gesamten Zeitraum ab Juli 2013 bis zur Begutachtung. Dass zeitweilig eine wesentliche Veränderung eingetreten wäre, ist auch aufgrund der üblichen Arztberichte nicht anzunehmen, da in diesen kein wesentlich abweichender Sachverhalt geschildert wird. 5. 5.1

Mit BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 änderte das Bundesgericht seine bisherige Praxis insofern, als es erkannte, 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. 5.2

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; Bundesgerichtsurteil 9C_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1). 5.3

Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben (E. 4.2.1 u. 4.2.2) ergibt sich daher aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E.

5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und

widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6).

Gelangt der Rechtsanwender nach dieser Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen, ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; vgl. auch Andreas Traub, in: Ueli Kieser [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2016, S. 142 Ziff. 3.3.3). 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Aus dem Gutachten von Dr. Z.____ geht hervor, dass die bestehende Depression ein Mischbild einer reaktiven (als Folge des Unfalls vom 28. Juni 2012) und einer eigenständigen Depression darstellt. Sie wird auch durch psychosoziale Faktoren unterhalten, die zu ihrer Chronifizierung beigetragen haben. Kern der Depression ist indes eine psychische Erkrankung (Urk. 6/98/17+21). Im Durchschnitt liegt eine mittelgradige Gesundheitsschädigung vor (Urk. 6/98/21). Bloss unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerdeschilderung lässt sich auf eine schwere depressive Episode schliessen (Urk. 6/98/16). Dazu ist jedoch relativierend zu berücksichtigen, dass bewusstseinsnahe Elemente, wie Selbstlimitierung und Diskrepanzen, ausgewiesen sind. Darauf wird näher unter der Kategorie «Konsistenz» (E. 6.5) einzugehen sein.

Die diagnoserelevanten Befunde und Symptome, die im Komplex «Gesundheitsschädigung» zu prüfen sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1), sind nicht besonders ausgeprägt: Der Beschwerdeführer zeigt ein mit dem Gesundheitsschaden korrespondierendes Beschwerdebild. Er ist affektiv deprimiert, ratlos und affektarm. Der Antrieb ist gehemmt, die affektive Schwingungsfähigkeit ist klinisch gehemmt und zum depressiven Pol verschoben (Urk. 6/98/13). Die geklagten Konzentrationsstörungen lassen sich klinisch nicht bestätigen. Auch wird aus gutachterlicher Sicht das Vorliegen einer Suizidalität trotz der vom Beschwerdeführer geäusserten Suizidgedanken verneint (Urk. 6/98/14). 6.2

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz“ ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer seit Juni 2013 zweiwöchentlich in psychiatrische und psychologische Therapie in die Praxis von PD Dr. B.____ begibt. Die Psychologin spricht Italienisch, nicht jedoch PD Dr. B.____, was die Kommunikation mit dem nur schlecht Deutsch sprechenden Beschwerdeführer erschwert. Für die medikamentöse Behandlung zeichnet sich PD Dr. B.____ verantwortlich. Ansonsten wird die Behandlung primär von der Psychologin durchgeführt (Urk. 6/17/8, Urk. 6/71/12+13+17+18, Urk. 6/98/9). Dass der Gutachter Dr. Z.____ die zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehende medikamentöse Behandlung als inadäquat seit einem Monat bezeichnete (Urk. 6/98/16+18), fällt vorliegend nicht ins Gewicht. PD Dr. B.____ vermochte nachvollziehbar darzulegen, dass dies auf eine übliche Pause vor dem damals bevorstehenden Wechsel der Medikamente zurückzuführen war (Urk. 6/11/13). Abgesehen davon beurteilte Gutachter Dr. Z.____ die durchgeführten medikamentösen

Behandlungsversuche als adäquat, wenngleich er betonte, dass diese mit Ausnahme der Cymbalta -Behandlungsversuche wegen der Nebenwirkungen nur tief dosiert erfolgt seien (Urk. 6/98/16).

Dr. Z.____ hielt eine Verbesserung des Gesundheitszustands bei einer Kombination von einer adäquaten antidepressiven Medikation mit einer tagesklinischen oder stationären psychiatrischen Behandlung für erreichbar. Eine solche lehnt der Beschwerdeführer aber ab (Urk. 6/98/16 +22). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten noch nicht voll ständig ausgeschöpft sind. Der Beschwerdeführer weist zwar in der Beschwerde zu Recht darauf hin, dass er sich vom 3. bis 19. November 2014 im D.____, Klinik für Rheumatologie, stationär aufgehalten hatte (Urk. 1 S. 5). Dort war indessen keine psychiatrische Behandlung erfolgt. Bei Austritt wurde von der Fortführung von physiotherapeutischen Massnahmen abgeraten. Statt dessen wurde empfohlen, die Depression besser einzustellen, eventuell in Anbindung an eine Tagesklinik (Urk. 6/30/2). Darüber hinaus hatte sich der Beschwerdeführer vom 7. November bis 12. Dezember 2013 in der Rehaklinik A.____ auf gehalten. Im Rahmen dieses Aufenthalts war er auch psychologisch begleitet worden. Zumindest zum damaligen Zeitpunkt konnten die Klinikärzte keine relevante psychische Störung feststellen (Urk. 6/98/34-36). 6.3

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.1.3.1) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkung und sonstigen Bezüge zwischen der mittelgradigen Episode, der chronischen Schmerzen und des Verdachts auf eine Persönlichkeitsänderung im Sinne einer chronifizierten depressiven Entwicklung erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sind (BGE 143 V 418 E. 8.1). Den Komorbiditäten trug der Gerichtsgutachter bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Rechnung. In diesem Rahmen berücksichtigte er auch, dass sie wesentlich durch psychosoziale Belastungsfaktoren unterhalten werden (Urk. 6/98/ 21). 6.4

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer ist verheiratet und Vater einer im Jahr 1997 geborenen Tochter und eines 2000 geborenen Sohnes (Urk. 6/2/2, 6/71/2). Die Ehefrau und die bei den Kinder leben in Italien (Kalabrien). Der Beschwerdeführer besucht sie regelmäßig, wobei er jeweils im Auto mit einem Kollegen dorthin fährt. Er besucht die Familie zwei - bis viermal pro Jahr (Urk. 6/28/19, 6/71/11, vgl. auch Urk. 6/ 98/13). In der Schweiz lebt er in einer Einzimmerwohnung. Nach den erlittenen Unfällen nahm er ab September 2013 versuchsweise eine leichte Tätigkeit bei seinem bisherigen Arbeitgeber auf (Urk. 6/28/18). Beendet wurde der Versuch im Januar 2015 (Urk. 1 S. 5, vgl. Urk. 6/33). Während dieser Zeit wurde der Tagesablauf zumindest am Morgen durch die Arbeit bestimmt (Urk. 6/28/19). Seit her schläft er bis 10 Uhr, trinkt danach Kaffee und wäscht sich. Den Tag verbringt er mit Fernsehen, Spazieren, Essen, je nachdem nochmals mit Schlafen und bei Bedarf mit Einkaufen (Urk. 6/98/13, vgl. auch Urk. 6/71/12). Der Beschwerdeführer ist gut trainiert und verfügt über recht gute muskuläre Verhältnisse. Vor dem Unfall ging er ins Fitnessstudio. Seither übt er zu Hause (Urk. 6/71/13, 6/94/6). Zirka alle zwei Wochen pflegt er Kontakt mit seinen zwei in E.____ lebenden Brüdern (Urk. 6/98/13). Mit seiner Familie hat er mehrmals täglich via WhatsApp telefonischen Kontakt (Urk. 6/98/14). Von einem ausgeprägten sozialen Rückzug, geschweige denn von einer Vita minima kann

daher nicht gesprochen werden. 6.5

In der Kategorie „Konsistenz“ 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. Bundesgerichtsurteil 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1). Der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der „Konsistenz“ ist beweisrechtlich entscheidend (BGE 141 V 281 E. 4.4; E. 6.2 hiervor).

Dr. Z.____ wies im Gutachten darauf hin, dass im Rahmen der ambulanten Untersuchung die Konsistenz der Angaben des Beschwerdeführers nur annäherungsweise überprüfbar seien. Im Laufe der 2 ¾-stündigen Untersuchung sei der Aktivitätszustand des Beschwerdeführers unterschiedlich gewesen. Teilweise habe er passiv und zurückhaltend gewirkt und habe mit wenig modulierter Stimme gesprochen. Beim Abfragen der sozialen Situation

sei eine Reizbarkeit feststellbar gewesen. Der Beschwerdeführer habe deutlich energischer gewirkt, sei aufgestanden und habe sich gegenüber dem Untersucher mit lauter Stimme beklagt. Insofern bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen der Schilderung seiner raschen Erschöpfbarkeit respektive Energielosigkeit, die den ganzen Tag anhalten würde, und diesem Verhalten (Urk. 6/98/22). Ähnliches berichtete die Gesundheitsmanagerin der ehemaligen Arbeitgeberin im Mail vom 3. Mai 2016. Sie stiess sich daran, dass der Beschwerdeführer anlässlich eines Beratungsgesprächs heftig und emotional reagierte, und vermutete gestützt darauf ziemlich viel schlummernde Energie beim Beschwerdeführer (Urk. 6/78). Eine erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung ist insbesondere aufgrund des Berichts der Rehaklinik A.____ ausgewiesen. Im Rahmen der dort durchgeführten Leistungstests zeigte der Beschwerdeführer eine mangelhafte Motivation (Urk. 6/5/33-42). Angesichts seiner Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können (Urk. 6/98/13, 6/71/11), er staunt nicht weiter, dass der über 16 Monate dauernde Arbeitsversuch bei der bisherigen Arbeitgeberin letztlich scheiterte, obschon er in dessen Rahmen bloss leichteste Tätigkeiten in einem Pensum von zwei bis drei Stunden pro Tag zu verrichten hatte. Von einem Beizug der entsprechenden Akten, wie vom Beschwerdeführer beantragt (Urk. 1 S. 5), sind daher keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung).

Als widersprüchlich erscheint auch, dass der Beschwerdeführer über starke Schmerzen klagt, im Rahmen der Begutachtungen aber ein Schmerzerleben nicht zu beobachten war (Urk. 6/71/13, 6/98/14). Mit den angegebenen Beschwerden ist auch nicht vereinbar, worauf bereits der orthopädische Teilgutachter des C.____ hinwies, dass der Beschwerdeführer angibt, lediglich 30 respektive 60 min. sitzen zu können, ihm es aber gleichzeitig möglich ist, regelmässig, offenbar zum Teil ohne Pausen,

bis nach Süditalien zu reisen (Urk. 6/28/5-7, 6/71/13, 6/98/12). Was die geklagten Schwindelbeschwerden anbelangt, ist sodann zu erwähnen, dass diese trotz fachärztlichen Untersuchungen nicht objektivierbar waren (Urk. 6/5/43). Der Beschwerdeführer verfügt zudem über ein Auto und fährt regelmässig damit (Urk. 6/71/13). Dies erfordert physische und kognitive Fähigkeiten und ist durchaus ressourcenrelevant.

Bei dieser Sachlage ist festzuhalten, dass eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht als erstellt angesehen werden kann.

E. 6.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgeprägter Leidensdruck“ 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. 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).

Der Beschwerdeführer steht wie dargelegt seit Juni 2013 in psychiatrischer Behandlung. Die Therapie findet zweiwöchentlich statt, was nicht als konsequente Behandlung zu betrachten ist (Bundesgerichtsurteil 9C_454/20

E. 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. 13

vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Dazu kommt, dass die Behandlung primär durch die Psychologin wahrgenommen wird. In Anbetracht der Behandlungsintensität ohne stationäre Therapie respektive der Weigerung, sich einer solchen zu unterziehen, kann nicht von einem erheblichen Leidensdruck gesprochen werden. In Bezug auf die gescheiterte berufliche Wiedereingliederung im Rahmen des Arbeitsversuchs kann auf die obigen Ausführungen (E. 6.5) verwiesen werden. 6.7

Bei gesamthafter Betrachtung der massgeblichen Indikatoren ist eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, worunter auch die bisherige fällt, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. 7.

Bei diesem Ergebnis ist eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Pathologie nicht ausgewiesen. Aufgrund der vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ist eine Erwerbseinbusse auszuschliessen, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

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. 800.-- 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: - Rechtsanwalt Manfred Lehmann - 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.