

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00571 vom 30. April 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00571](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00571)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00571 du 30 avril 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00571 del 30 aprile 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1980, verfügt über keine berufliche Ausbildung und war zuletzt von Juni 2008 bis Mai 2015 bei der Y.\_\_\_\_ als Chauffeur und Lagerist angestellt (Urk. 7/18 f.). Unter Hinweis auf eine Nervenkrankheit an den Unterarmen meldete er sich am 26. März 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte nebst den Akten des Kranken-taggeldversicherers (Urk. 7/13) einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 7/18), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 7/19) sowie diverse Arztberichte (Urk. 7/20 f.) ein. Mit Schreiben vom 2. September 2015 (Urk. 7/24) teilte sie dem Versicherten mit, dass aktuell keine beruflichen Massnahmen möglich seien. Nach Eingang weiterer Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/27) und zusätzlicher Arztberichte (Urk. 7/31, 7/34, 7/36 und 7/51) gab die IV-Stelle bei der Z.\_\_\_\_ ein poly disziplinäres Gutachten in Auftrag (Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Oktober 2016, Urk. 7/55). Mit Vorbescheid vom 23. November 2016 (Urk. 7/60) stellte sie dem Versicherten für den befristeten Zeitraum vom 1. September 2015 bis 30. September 2016 die Zusprechung einer ganzen Rente der Invalidenversicherung in Aussicht, wogegen dieser am 25. November 2016 und ergänzend am 16. Januar 2017 Einwand erhob (Urk. 7/64, 7/71). Am 11. April 2017 verfügte die IV-Stelle im angekündigten Sinne (Urk. 7/80 = 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**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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).

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 (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend 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. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte(n) Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene(n) Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene(n) Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin dernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das

tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzu schätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

#### **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 19. Mai 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit den Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm spätestens ab dem 1. September 2015 eine unbefristete ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei ein neutrales, polydisziplinäres Gutachten mit den Disziplinen Innere Medizin, Psychiatrie und Neurologie zu erstellen. Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2017 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 29. Juni 2017 (Urk. 9) wurde den Parteien die Möglichkeit eröffnet, zur Praxisänderung des Bundesgerichts in Bezug auf die invalidisierende Wirkung psychischer Leiden Stellung zu nehmen. Die jeweiligen Eingaben vom 8. respektive 26. Februar 2018 (Urk. 10 und 12) wurden den Parteien mit Schreiben vom 27. Februar 2018 (Urk. 13) gegenseitig zur Kenntnis gebracht. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung vom 11. April 2017 (Urk. 2) im Wesentlichen auf den Standpunkt, gemäss der medizinischen Einschätzung sei der Versicherte ab dem 15. September 2014 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen. Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit habe keine Arbeitsfähigkeit bestanden. Seit dem 16. Juni 2016 habe allerdings keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % mehr vorliegen, weshalb der Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. September 2015 bis 30. September 2016 zu befristen sei.

#### **E. 2.2**

In seiner Beschwerdeschrift vom 19. Mai 2017 (Urk. 1) machte der Versicherte zusammengefasst geltend, auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Oktober 2016 könne aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden. Insbesondere widerspreche die attestierte Arbeitsfähigkeit völlig der Einschätzung des behandelnden Facharztes. Das psychische Leiden habe klar Krankheitswert, weshalb eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit und Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente bestehe (S. 8 ff.). Selbst wenn - zu Unrecht - von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen würde, wäre unter Berücksichtigung eines mindestens 15%igen Leidensabzuges von einem Invaliditätsgrad von 46 % auszugehen, weshalb auch nach dem 30. September 2016 noch

Anspruch auf mindestens eine unbefristete Viertelsrente bestehen würde (S. 11 ff.). Im Sinne eines Eventualantrages sei im Übrigen ein neutrales, polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, da auf dasjenige der Z. \_\_\_ nicht abgestellt werden könne (S. 14 f.).

### **E. 2.3**

In der ergänzenden Stellungnahme vom 8. Februar 2018 hielt die Beschwerdeführerin fest, ein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne der Rechtsprechung sei unterblieben, weswegen zumindest der Beschwerdeantrag betreffend weitere Abklärungen gutzuheissen sei (Urk. 10 S. 2). Die Beschwerdegegnerin demgegenüber führte in der Stellungnahme vom 26. Februar 2018 aus, im Feststellungsblatt vom 26. Februar 2016 sei eine Indikatorenprüfung vorgenommen worden (Urk. 12).

#### **3. 3.1**

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers lässt sich anhand der Aktenlage im Wesentlichen wie folgt darstellen:

Der Versicherte begab sich erstmals im Juni 2014 aufgrund von regelmässigen Einschlafgefühlen und Ameisenlaufen in den Fingern IV und V links in ärztliche Behandlung (Urk. 7/13/3). Bei Diagnose eines sensomotorischen Sulcus ulnaris Syndroms erfolgte am 15. September 2014 eine operative Versorgung durch Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie (Urk. 7/13/25). Ohne postoperative Komplikationen habe der Versicherte am 16. September 2014 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können (Urk. 7/13/10). Den weiteren Heilungsverlauf beurteilte Dr. A. \_\_\_ als objektiv regelrecht, wobei der Beschwerdeführer unverändert von Sensibilitätsstörungen an den Fingern IV und V links berichtet habe (Urk. 7/13/16 f.). Gemäss Rückmeldung der behandelnden Ergotherapeutin seien allerdings Fortschritte erzielt worden. Eine leichte psychische Überlagerung der Schmerzproblematik komme in Frage. Letztlich liege jedoch eine gute Funktion der Hand vor (Urk. 7/19/26 f.). Nach erneuten sonographischen und klinischen Untersuchungen äusserte sich Dr. A. \_\_\_ in seinem Bericht vom 9. Dezember 2014 dahingehend, es spreche nichts dagegen, dass der Versicherte seine Erwerbstätigkeit nach dem 10. Januar 2015 wieder aufnehmen (Urk. 7/13/21). Mit Bericht vom 20. Januar 2015 teilte Dr. A. \_\_\_ mit, auch eine elektrophysiologische Zusatzuntersuchung habe gezeigt, dass sich der Nerv normalisiert habe. Es verbleibe eine unklare Schmerzsymptomatik, wobei diese gemäss Angaben des Versicherten nun sowohl links als auch rechts gleich stark ausgeprägt sei. Insgesamt ergebe sich im Verlauf der bisherigen Behandlung jedoch ein etwas widersprüchliches Bild. So habe aktuell keine direkte Irritation des Nerven auf der rechten oder linken Seite provoziert werden können. Auch in der Ergotherapie seien die Beschwerden immer wieder unterschiedlich und teils widersprüchlich geschildert worden. Aus handchirurgischer Sicht bestehe eine gute Ellbogen- und Handfunktion, welche nicht gegen eine - als Einstieg - zumindest teilzeitige Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit spreche. Mangels handchirurgischer Therapieoptionen sei die Behandlung nun abgeschlossen worden (Urk. 7/20/7). 3.2

Dem Bericht von Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 25. Februar 2015 ist zu entnehmen, die Neurographien an den Unterarmen seien normal, und auch kernspintomografisch habe sich keine Ursache für die nach wie vor vom Beschwerdeführer geklagten brennenden Schmerzen an beiden Händen und Unterarmen finden lassen. Ein

Behandlungsfehler liege nicht vor. Überdies seien sowohl eine Small Fiber Neuropathy als auch eine Neuritis im Rahmen einer Borreliose unwahrscheinlich. Eine funktionelle Genese müsse in Betracht gezogen und zur therapeutischen Schmerzeinstellung sowie psychologischen Behandlung eine stationäre Rehabilitation erwogen werden (Urk. 7/21/25 f.). 3.3

Vom 9. bis 29. April 2015 befand sich der Versicherte in der C.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung. Die Therapien habe er vollumfänglich durchführen können, und die muskuläre Kondition habe zugenommen. Die Schmerzsymptomatik sei jedoch unverändert geblieben (Urk. 7/21/39). 3.4

Im Rahmen einer Magnetresonanztomographie (MRI) des Gehirnschädels konnte am 17. Juni 2015 eine kugelige Raumforderung festgestellt werden (Urk. 7/27/5). Das inzidentielle Hypophysenmakroadenom wurde in der Folge am 9. Dezember 2015 im D.\_\_\_\_, Klinik für Neurochirurgie, operativ entfernt (Urk. 7/36/38 f.). Postoperativ habe sich ein regelrechter Verlauf ohne Anhaltspunkte für neue neurologische, endokrinologische oder ophthalmologische Defizite gezeigt. Die vorbestehenden Kopfschmerzen seien unverändert geblieben. Am 15. Dezember 2015 habe der Versicherte in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Urk. 7/34/1-3). Am 8. März 2016 wurde sodann über einen sehr guten Verlauf berichtet (Urk. 7/36/14). 3.5

Am 11. Februar 2016 begab sich der Beschwerdeführer erstmals bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in ambulante Behandlung. Subjektiv habe sich die Schmerzsymptomatik trotz Operationen und medikamentösen Ansätzen seit 2014 eher verschlechtert. Aktuell liege eine mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik vor. Namentlich seien die Stimmung deutlich herabgesetzt und die Schwingungsfähigkeit reduziert. Subjektiv seien deutliche Konzentrationsstörungen sowie Kurzzeitgedächtnis- respektive Merkfähigkeitsprobleme vorhanden. Im Weiteren sei die Aufmerksamkeit im Gespräch reduziert gewesen, und es habe eine starke Antriebsminderung vorgelegen. Soziale Kontakte habe der Versicherte praktisch nur innerhalb der Familie. Es habe sich eine Einengung auf die Schmerzproblematik und die ungünstigen Zukunftsperspektiven gezeigt. Einschlafprobleme, Durchschlafstörungen und Früherwachen seien ebenfalls beschrieben worden (Urk. 7/36/4 f.).

In seinem Bericht vom 16. April 2016 stellte Dr. E.\_\_\_\_ bei grundsätzlich unverändertem psychopathologischen Befund folgende Diagnose (Urk. 7/51/1): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/bei: - initialem Sulcus ulnaris Syndrom links und Parästhesien der Unterarme beidseits (Differentialdiagnose: Neuritis, Radikulitis im Rahmen einer Borreliose), - Status nach Entfernung einer sellären Raumforderung (Craniopharyngeom), Operation im Dezember 2015, - depressiver Episode im Rahmen der Hauptdiagnose, aktuell mittelgradig (ICD-10 F32.1).

Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren führe beim Versicherten zu Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe im Alltag. Im Vordergrund der Behandlung stehe insbesondere die Aktivierung und die Tagesstrukturierung beziehungsweise das Entgegenwirken der Rückzugstendenzen. Ferner sollten funktionale Schmerzverarbeitungsstrategien erarbeitet werden. Eine stationäre psychosomatische Behandlung sei indiziert; die Motivation des Versicherten diesbezüglich sei gut. Die Besserung der depressiven Symptomatik sei durchaus realistisch (Urk. 7/51/3 f.). 3.6

Jeweils vom 24. bis 27. Mai 2016 und vom 10. bis 16. Juni 2016 befand sich der Versicherte im F.\_\_\_\_ in stationärer Therapie. Schon beim Eintritt zum ersten Aufenthalt sei im Zuge der Untersuchung klar gewesen, dass er unter einer mittelschweren bis schweren Depression leide. Der Versicherte sei sehr bedrückt gewesen, als er vom Tod des Vaters und der schwerkranken Mutter gesprochen habe. Er habe die Klinik nach drei Tagen aufgrund von Heimweh bereits wieder verlassen. Vermutlich habe er Schuldgefühle gehabt, da er nicht bei der Pflege der Mutter habe dabei sein können (Urk. 7/55/76). Auch den zweiten Aufenthalt habe der Beschwerdeführer aus familiären Gründen und infolge Heimwehs vorzeitig abgebrochen. Er habe sich durchwegs sehr dysthym und in seinen dysfunktionalen Gedanken eingeengt gezeigt. Eine antidepressive Therapie habe er aufgrund von negativen Vorerfahrungen klar abgelehnt. Fortschritte hätten infolge des kurzen Klinikaufenthalts nicht erzielt werden können (Urk. 7/55/72 f.). 3.7

Aus dem polydisziplinären Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Oktober 2016 gehen folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hervor (Urk. 7/55/9): - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien demgegenüber der Status nach Dekompression und Neurolyse des Nervus ulnaris mit subkutaner Vorverlagerung des Ellbogens links vom 15. September 2014 sowie der Status nach inzidentiellem Hypophysenmakroadenom.

Im Zuge der internistischen Untersuchung sei eine grenzwertige Hypertonie aufgefallen, die kontrollbedürftig sei. Eine funktionelle Einschränkung ergebe sich daraus aber nicht. Ausserdem habe eine schlaffe Körperhaltung imponiert. Eine regelmässige körperliche Trainingsaktivität sei dringend anzuraten, was auch einen positiven Effekt auf die Stimmungslage haben könne. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund dessen allerdings nicht beeinträchtigt (Urk. 7/55/7).

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Teilexpertise aus, der Versicherte habe über Kopfdruck sowie vor allem auf den Handflächen bestehende Schmerzen geklagt. Seit dem Tod des Vaters im Januar 2015 sei er stets traurig. Er sei seither das Familienoberhaupt und trage die Verantwortung für seine vier Brüder, die Mutter sowie die eigene Familie (Urk. 7/55/24). Insgesamt habe der Beschwerdeführer etwas eingeschränkt schwingungsfähig, aber auslenkbar gewirkt. Die Grundstimmung sei vor allem durch Trauer gekennzeichnet und gedrückt gewesen. Der Antrieb sei vermindert gewesen. Das formale Denken sei vor allem gegen Abend verstärkt durch Grübeln beeinträchtigt; das inhaltliche Denken sei auf die Schmerzen und die Zukunft eingeengt. Anhaltspunkte für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten sich nicht eruieren lassen. Ein sozialer Rückzug liege ebenfalls nicht vor. Hinweise für Eigen- oder Fremdgefährdung hätten sich nicht ergeben. Eine Einschlafstörung von einer halben Stunde gehe mit einer Durchschlafstörung mit zwei- bis dreimaligem Erwachen pro Nacht einher (Urk. 7/55/28). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. G.\_\_\_\_ in dem Sinne, als eine mindestens mittelgradige depressive Symptomatik seit dem Tod des Vaters glaubhaft und nachvollziehbar sei, dies vor allem in Zusammenschau mit dem chronischen Schmerzsyndrom und der zwischenzeitlichen Krankschreibung aufgrund der Operation des Hypophysenmakroadenoms. Ab sofort sei der Versicherte jedoch wieder zu 75 % arbeitsfähig. Stationäre psychotherapeutische Massnahmen seien aufgrund der hohen Bindung und fehlenden Individuation gegenüber der Primärfamilie nicht möglich gewesen. Daher könne nur die frühe Reintegration in den Arbeitsalltag respektive das Wiederfinden

von alten Stärken bei bisher positiver Bewältigung des Arbeitsalltags aus der chronisch zu werdenden Doppeldiagnose herausführen. Dies sei für den weiteren Genesungsprozess zentral (Urk. 7/55/32 f.).

Aus dem Teilgutachten von Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, geht hervor, dass in der aktuellen klinischen Untersuchung keine fokalneurologischen Defizite an den oberen Extremitäten hätten objektiviert werden können. Eine erneut erfolgte elektrophysiologische Untersuchung habe keine Hinweise auf eine differentialdiagnostisch in Betracht gezogene Polyneuropathie geliefert (Urk. 7/55/41). Die vom Exploranden geschilderten Beschwerden würden sich aus neurologischer Sicht nicht durch eine periphere Nervenläsion erklären lassen. Am ehesten sei bei bekannten psychiatrischen Komorbiditäten wohl von einer Chronifizierung und Schmerzverarbeitungsstörung auf dem Boden eines initialen Sulcus ulnaris Syndroms auszugehen. Im Weiteren sei der Befund des Hypophysenmakroadenoms folgenlos abgeheilt. Hinsichtlich der vom Versicherten berichteten neurokognitiven Defizite im Sinne von zunehmender Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen seit der Hypophysenoperation seien im direkten Gespräch keine Hinweise auf eine manifeste neurologische Störung aufgefallen. Bei hierfür somit fehlenden Hinweisen auf eine neurodegenerative Erkrankung scheine eine psychiatrische Ursache wahrscheinlicher zu sein (Urk. 7/55/42). Gesamthaft sei die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht eingeschränkt (Urk. 7/55/43).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, ab dem 15. September 2014 - Zeitpunkt der Operation des Sulcus ulnaris - habe eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Spätestens seit dem Austritt aus der Rehabilitation in F. \_\_\_\_, am 16. Juni 2016 sei jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 75 % nicht nur zumutbar, sondern auch therapeutisch notwendig. Nur durch einen Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess könnten die zugrundeliegenden Rollenbedürfnisse und -konflikte positiv erfüllt und geklärt werden. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit bestehe sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur als auch in jeder anderen, den Fähigkeiten des Versicherten entsprechenden Tätigkeit (Urk. 7/55/14 f.). 4. 4.1

Strittig ist, ob der Beschwerdeführer auch nach dem 30. September 2016 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat (vgl. E. 2.1 f.). Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang zunächst, ob die Beschwerdegegnerin berechtigt Weise auf das polydisziplinäre Z. \_\_\_\_, -Gutachten vom 21. Oktober 2016 (Urk. 7/55) abgestellt hat.

Das Z. \_\_\_\_, -Gutachten basiert auf umfassenden internistischen, psychiatrischen und neurologischen Abklärungen, in deren Rahmen insbesondere auch Laboruntersuchungen sowie eine Elektroneuromyographie (ENMG) durchgeführt wurden (Urk. 7/55/8, 7/55/45-48). Die Expertise wurde ferner in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 7/55/4, 7/55/49 ff.). Der Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 7/55/5 ff., 7/55/24 ff. und 7/55/38 ff.). Die geklagten Leiden wurden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen berücksichtigt, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 7/55/9 ff., 7/55/30 ff. und 7/55/41 ff.). Soweit möglich setzten sich die Gutachter ausserdem mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen auseinander (Urk. 7/55/12, 7/55/14, 7/55/31 und 7/55/41 f.). Gesamthaft erfüllt das polydisziplinäre Z. \_\_\_\_, -Gutachten sämtliche praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 1.4). 4.2

#### 4.2.1

Der Beschwerdeführer vertritt aus verschiedenen Gründen die Auffassung, auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Er rügt zum einen, die Dres. H.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ würden im Kanton Basel über keine Berufsausübungs bewilligung verfügen (Urk. 1 S. 7 Ziff. 5.13). Dem ist entgegenzuhalten, dass das Bundesrecht mit Blick auf die Begutachtung keine kantonale Berufsausübungs bewilligung vorschreibt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_121/2016 vom 27. April 2016 E. 4.3 mit Hinweisen). Massgebend ist vielmehr die fachliche Qualifikation der Gutachter, wobei der Versicherte diese zu Recht nicht in Frage stellt. So verfügen sowohl Dr. H.\_\_\_\_ als auch Dr. G.\_\_\_\_ gemäss Medizinalberuferegister des Bundesamtes für Sozialversicherungen ( [www.medregom](http://www.medregom)

. ad min.ch; Urk. 3/3) über die entsprechenden Weiterbildungstitel in Neurologie respektive Psychiatrie und Psychotherapie. 4.2.2

Soweit der Versicherte zum anderen vorbringt, das Gutachten sei in Bezug auf die aus neurologischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit widersprüchlich (Urk. 1 S. 8 Ziff. 5.13.2), ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass es sich bei der Aussage im Gutachten, wonach aus neurologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit begründet werden könne (Urk. 7/55/10), offensichtlich um einen Schreibfehler handelt, welcher die Qualität der Expertise nicht in Frage zu stellen vermag. Die Gutachter waren zweifellos der Meinung, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht nicht eingeschränkt ist (Urk. 7/55/14, 7/55/43). Dr. H.\_\_\_\_ stellte denn auch keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/55/9, 7/55/41). 4.2.3

Schliesslich macht der Versicherte geltend, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter widerspreche völlig derjenigen des behandelnden Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_. Gemäss dessen Beurteilung liege weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 1 S. 8 f.).

Der Beschwerdeführer lässt in dieser Hinsicht ausser Acht, dass ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten nicht stets in Frage zu stellen ist, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). Solche Gesichtspunkte sind den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 7/36/4 ff., 7/51) - welche im Übrigen den Gutachtern vorlagen und von diesen berücksichtigt wurden (vgl. Urk. 7/55/31, 7/55/57 ff.) - nicht zu entnehmen. Ebenso wenig geht aus diesen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hervor. Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte Dr. E.\_\_\_\_ erst mit ärztlichem Zeugnis vom 4. April 2017 für den begrenzten Zeitraum von 1. März bis 30. April 2017 (Urk. 3/4). Eine auf objektive Befunde gestützte nachvollziehbare Begründung hierfür fehlt allerdings, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

Ergänzend ist anzumerken, dass angesichts der finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c) grundsätzlich nicht von entscheidender Bedeutung ist, auf welcher Ursache die psychischen Leiden des Versicherten beruhen (vgl. Urk. 1 S. 9). Im Übrigen

hat Dr. G.\_\_\_\_ entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7 f.) überzeugend dargelegt, weshalb die depressive Symptomatik seit dem Tod des Vaters im Januar 2015 besteht (vgl. Urk. 7/55/32 ). Der Umstand, dass sich der Versicherte erst im Februar 2016 erstmals in psychiatrie Behandlung begab (vgl. Urk. 7/36/4), steht hierzu nicht im Widerspruch. Immerhin gab der Versicherte anlässlich der psychiatrischen Exploration auch selbst an, seit dem Tod des Vaters traurig zu sein (Urk. 7/55/24). Hinzu tritt seit genanntem Datum ferner die Überforderung mit der Rolle als Familienoberhaupt (Urk. 7/55/32). 4.2.4

Nach dem Gesagten vermögen die Rügen des Beschwerdeführers die Beweiskraft des Z.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern, weshalb auf dieser Grundlage davon auszugehen ist, dass der Versicherte vom 15. September 2014 bis spätestens 16. Juni 2016 in jeglicher Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig war. Diesbezüglich besteht nicht nur unter den Parteien Einigkeit, sondern die Schlussfolgerung ist auch vor dem Hintergrund der durchgeführten Operationen (vgl. Urk. 7/13/25 und 7/36/38) und den damit verbundenen Heilungsprozessen nicht in Frage zu stellen. Nach dem 16. Juni 2016 war der Beschwerdeführer allerdings sowohl in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur als auch in jeder anderen, seinen Fähigkeiten entsprechenden Tätigkeit zu 75% arbeitsfähig (Urk. 7/55/14-16).

Zu klären bleibt, ob diese Beurteilung auch mit Blick auf die zwischenzeitlich vom Bundesgericht vorgenommene Praxisänderung überzeugt, wonach grundsätzlich sämtliche psychische Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.3). In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 (betreffend die rechtsstaatlichen Anforderungen an die medizinische Begutachtung) vorzugehen. Nach diesem Entscheid verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se 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 vorliegenden Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE a.a.O. E. 6 in initio). In sinnvoller Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigen Gutachten – 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).

Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers (Urk. 10 S. 2) erweisen sich somit weitere medizinische Abklärungen nicht als zwingend notwendig. Das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Oktober 2016 bietet zusammen mit den übrigen medizinischen Unterlagen vielmehr eine ausreichende Basis für die Beurteilung der Standardindikatoren (vgl. diesbezüglich E. 1.3). Eine gewisse Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die psychischen Leiden ist namentlich in Anbetracht der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (vgl. Urk. 7/55/28) und der vorliegenden Komorbiditäten prinzipiell nachvollziehbar. Zu beachten sind in diesem Zusammenhang jedoch auch die psychosozialen Belastungsfaktoren, welche nach der Rechtsprechung gegen eine Leistungspflicht der Invalidenversicherung sprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_438/2013 vom 11. Februar 2014 E. 5.3 mit Hinweisen) und vorliegend eine nicht unerhebliche Rolle spielen. So finden sich im Gutachten namentlich Hinweise auf

finanzielle Engpässe und Spannungen in der ehelichen Beziehung. Hinzu treten der Tod des Vaters des Versicherten im Januar 2015, die Krebserkrankung der Mutter sowie die Überforderung mit der Rolle als neues Familienoberhaupt (Urk. 7/36/5, 7/55/24, 7/55/32 und 7/55/79). Was die Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers anbelangt, gilt es im Weiteren zu berücksichtigen, dass Dr. G.\_\_\_\_ Hinweise auf eine narzisstische Grundpersönlichkeit feststellen konnte, welche sich vorwiegend im Bereich der Gefühlswahrnehmung und der Wahrnehmung anderer Personen defizitär auswirkt. Akzentuierte Persönlichkeitszüge oder gar eine Persönlichkeitsstörung wurden allerdings nicht diagnostiziert (Urk. 7/51/3 f., 7/55/28, 7/55/32). Familiär ist der Versicherte gut eingebunden (Urk. 7/51/4, 7/55/25 f.); ein sozialer Rückzug liegt gemäss Gutachter nicht vor (Urk. 7/55/28), was denn auch unbestritten blieb. Für eine weitgehend erhaltene Arbeitsfähigkeit spricht ferner das fehlende Ausschöpfen der zumutbaren Behandlungsmöglichkeiten. So ergab die Laboruntersuchung, dass sich der Escitalopramspiegel nicht im therapeutischen Bereich befand (Urk. 7/55/29, 7/55/46). Die stationären Aufenthalte im F.\_\_\_\_ brach der Versicherte jeweils vorzeitig ab (Urk. 7/55/72 f., 7/55/80). In ambulante Behandlung begibt er sich gemäss eigenen Angaben nur circa zwei Mal pro Monat (Urk. 7/55/6). Überdies gehen sowohl der behandelnde Psychiater als auch die Gutachter von einer Therapierbarkeit der psychischen Leiden aus (Urk. 7/51/4, 7/55/15). Einen erheblichen Leidensdruck weisen diese Gegebenheiten somit nicht aus. Dies gilt schliesslich auch mit Blick auf das Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers. Erhebliche krankheitsbedingte Einschränkungen sind dessen gewöhnlichem Tagesablauf nicht zu entnehmen und werden - soweit ersichtlich - auch nicht geltend gemacht. Der Versicherte verfügt zwar über keine eigenen Hobbys, besucht allerdings häufig seine Mutter sowie andere Verwandte, unternimmt regelmässig Spaziergänge oder schaut fern. Im Haushalt übernimmt er keine Aufgaben, da seine Frau diesen vollständig erledigt (Urk. 7/55/5, 7/55/26 und 7/55/39 f.).

Gesamthaft erweist sich die von den Gutachtern attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 % unter Würdigung der Ergebnisse des strukturierten Beweisverfahrens als nachvollziehbar. Eine weitergehende Einschränkung, wie sie der behandelnde Psychiater attestiert (vgl. Urk. 3/4), lässt sich jedenfalls insbesondere angesichts der ungenügenden Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten und der fehlenden Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen nicht rechtfertigen. 4.3

#### 4.3.1

Vor diesem Hintergrund erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich, da der Beschwerdeführer spätestens seit dem 16. Juni 2016 in jeglicher Tätigkeit - auch in der angestammten, was in der Beschwerdeschrift zu Unrecht unbeachtet bleibt (vgl. Urk. 1 S. 11 ff.) - zu 75 % arbeitsfähig ist. Damit sind das Validen- und Invalideneinkommen gestützt auf dieselbe Bemessungsgrundlage und der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Der Invaliditätsgrad liegt demnach bei 25 %. Bestimmt sich der Invaliditätsgrad aufgrund eines Prozentvergleichs besteht für einen im Rahmen der Ermittlung des Invaliden Einkommens gestützt auf die Tabellenlöhne zu prüfenden leidensbedingten Abzug (vgl. BGE 126 V 75) kein Raum. Auf die diesbezüglichen Argumente des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12 f.) ist folglich nicht näher einzugehen. 4.3.2

Abschliessend bleibt festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Beginn des befristeten Rentenanspruchs korrekt auf den 1. September 2015 festgelegt hat. So hat sich der

Versicherte am 26. März 2015 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 7/5). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Es erschliesst sich in diesem Kontext nicht, was der Versicherte mit seinen Ausführungen in der Beschwerdeschrift betreffend verspätete Anmeldung bezwecken will, da er in Kenntnis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmung ebenfalls von einem Beginn des Rentenanspruchs spätestens per 1. September 2015 ausgeht (Urk. 1 S. 10). 4.4

Korrekt ist sodann die Befristung. Ab 16. Juni 2016 bestand wieder eine Arbeitsfähigkeit von 75 % in jeglicher Tätigkeit (vgl. vorstehende E. 4.3.1). Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) ist die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Der Anspruch dauerte somit bis Ende September 2016.

Angesichts der beweiskräftigen medizinischen Beurteilungsgrundlagen besteht im Übrigen - entgegen dem Eventualantrag des Versicherten (Urk. 1 S. 14 f.) - kein Anlass für weitere Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3).

Da sich die angefochtene Verfügung vom 11. April 2017 (Urk. 2) somit als rechtmässig erweist, ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung und ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzu setzen. 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 zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -  
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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigWürsch

**E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

**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).

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