

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00691 vom 6. März 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00691](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00691)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00691 du 6 mars 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00691 del 6 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

6. Februar 2016 meldete sich der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 9 /6 ). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Suva ( Urk. 9/10, 9/14, 9 /22) und der Arbeitslosenkasse ( Urk. 9 /18) bei. Sodann liess sie den Versicherten im Z.\_\_\_\_ polydisziplinär abklären (Gutachten vom 20. Februar 2017, Urk. 9 /38). Mit Vorbescheid vom 17. März 2017 ( Urk. 9 / 40 ) stellte sie die Verneinung eines Anspruchs auf Invalidenleistungen in Aussicht und verfügte am 11. Mai 2017 ( Urk. 2) in angekündigtem Sinne.

#### **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**

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 Vor - akten (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**

0. November 2017 zugestellt und das Gesuch um unentgeltliche Rechtsschutz abgewiesen (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Leistungsabweisung damit (Urk. 2), dass die Abklärungen im Z.\_\_\_\_

ergeben hätten, dass zwar gesundheitliche Beeinträchtigungen bestünden, die sie jedoch keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten. Im Beschwerdeverfahren trug sie weiter vor (Urk. 8), dass die neuropsychologische Beachtung –

die im Rahmen der polydisziplinären Abklärung stattgefunden habe

– die Mindestanforderung gemäss dem Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) vom 22. Februar 2017 erfülle.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 4/1 S.

6

f.), auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Das neuropsychologische (Teil-) Gutachten sei von Dr. sc.

hu m. A.\_\_\_\_

erstellt und von lic. phil. B.\_\_\_\_ lediglich visiert worden. Dr. A.\_\_\_\_ habe keine in der Schweiz anerkannte Ausbildung als Neuropsychologin.

Dr. A.\_\_\_\_

leite in ihren Teilgutachten den Verdacht auf eine nicht-authentische neuropsychologische Störung

und Aggravation

von leicht verzögerten Reaktionszeiten ab. Dies gehe jedoch mit dem Befund eines erheblichen Schluudertraumas einher. Diese unrichtigen Ableitungen seien von allen Gutachtern übernommen worden, weshalb nicht nur dem neuropsychologischen Teil-, sondern dem ganzen Gutachten kein Beweiswert zukommen könne (S.

## **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).

## **E. 9**

/ 14/ 78 -79 ) . 3.2

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, berichtete am 22. August 2015 ( Urk. 9/14-44) an die Suva , dass bis auf eine Hypästhesie der linken Gesichtsseite und fraglich auch einer leichten Hypästhesie am linken Arm neurologische Ausfallerscheinungen und Störungen nicht festzustellen gewesen seien. Von einem Folgezustand nach HWS-Distorsion mit Hirnleistungsschwäche sei auszugehen gewesen und die Behandlung mit Venlafaxin sei eingeleitet worden. Der Beschwerdeführer habe von der antidepressiven Therapie profitiert und habe im Rahmen eines Hirnleistungstrainings beim Ergotherapeuten seine Belastbarkeit testen können. Aufgrund der Untersuchungsergebnisse gehe sie davon aus, dass eine berufliche Belastbarkeit mit ca. 50 % ab Oktober 2015 möglich sein müsste. 3.3

Im Formularbericht zu Händen der Invalidenversicherung vom 21. April 2016 ( Urk. 9/19) hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, seit dem Autounfall mit HWS-Schleuder trauma habe sich ca. ab Juli 2015 eine reaktive depressive Störung (ICD-

## **E. 10**

F 32.1) entwickelt. Der Beschwerdeführer leide unter rascher Ermüdbarkeit und einer verminderten Leistungsfähigkeit. Er mache derzeit einen Arbeitsversuch in einem Architekturbüro und habe dabei festgestellt, dass er die volle Leistungsfähigkeit nicht erreiche. Er fühle sich morgens durchaus leistungsfähig, die Konzentration lasse aber gegen Mittag rapide nach und nachmittags falle es ihm schwer durch zuhalten und abends sei er dann völlig erschöpft. Im Einvernehmen mit dem Beschwerdeführer werde die Leistungsfähigkeit derzeit auf 60 % und an guten Tagen bis 80 % eingeschätzt , was im Widerspruch steht zur gegenüber der Arbeitslosenkasse bescheinigten uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2016 (Urk. 9/18/7) . 3.4 3.4.1

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten polydisziplinären Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2017 ( Urk. 9/38/1-73) , beruhend auf allgemein-internistischen, rheumatologischen, neurologischen , neuropsychologischen und psychiatrischen

Untersuchungen, wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 64 ):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1.

Keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 2.

Nicht näher spezifizierbare Restbelastbarkeitseinschränkung mit zervikozephaler Schmerzkomponente linksbetont bei Status nach nicht richtung gebender HWS-Distorsion ohne sicheren Hinweis für eine Commotio cerebri am 12. Dezember 2014 anlässlich einer Heckauffahrkollision 3.

Status nach depressiver Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.21) 4.

Dyslipoproteinämie 5.

Adipositas Grad I (BMI 33.3 kg/m<sup>2</sup>) mit ungenügender muskulärer Konditionierung 3.4.2

Zur Berufs- und Arbeitsanamnese ab dem Jahr 2010/2011 führten die Gutachter aus (S. 19 f. ), nachdem der Beschwerdeführer ein Jahr bei einem Dachdecker im Innendienst in E.\_\_\_\_ (Deutschland) gearbeitet habe und ihm aus betrieblichen Gründen gekündigt worden sei, seien zwei Jahre Arbeitslosigkeit gefolgt, dies sei ungefähr im Jahr 2010/2011 gewesen. Er habe jedoch in dieser Zeit verschiedene Fortbildungen beim Arbeitsamt zur Erhaltung der Tagesstruktur durchgeführt. Im Jahr 2011 sei er in die Schweiz gekommen und habe als Architekt in F.\_\_\_\_ bei der Firma G.\_\_\_\_ für ein bis zwei Monate gearbeitet, sei jedoch aus betrieblichen Gründen gekündigt worden. Danach habe er bei der H.\_\_\_\_ in I.\_\_\_\_ als Zeichner für ein Jahr gearbeitet, sei dann wieder aus betrieblichen Gründen gekündigt worden. Im Anschluss daran habe er für ein Jahr bei J.\_\_\_\_ in Zürich als Architekt gearbeitet, diese Stelle sei abermals aus betrieblichen Gründen beendet worden. Danach sei der Beschwerdeführer arbeitslos gewesen. Nach dem Unfall im Dezember 2014 habe er weiter Bewerbungen geschrieben, sei beim RAV gemeldet gewesen, habe ca. im April 2015 ein vierwöchiges Bewerbungstraining absolviert. Im Oktober 2015 sei ein Arbeitsversuch geplant gewesen. Seit April 2016 sei er als Architekt im Architekturbüro K.\_\_\_\_ in L.\_\_\_\_ in Deutschland in einem Pensum zu 100 % tätig. Die Tätigkeit dort umfasse vor allem das Zeichnen an einem Zeichenbrett, welche er sitzend während 80 % der Arbeitszeit ausführe. Die restlichen 20 % würde er am Schreibtisch sitzen, Rechnungen prüfen und Projekte am PC korrigieren. Sehr selten müsse er mal auf eine Baustelle herausfahren.

Zur sozialen Situation und zum Tagesablauf berichtet der Beschwerdeführer, er wohne derzeit mit seinem Sohn in seinem 5-Zimmerhaus in E.\_\_\_\_ in Deutschland. Weiterhin habe er eine 3-Zimmerwohnung in Zürich gemietet, die er an 2 Personen untervermietet habe. In der Haushaltsführung sei er beim Waschen und Bügeln der Wäsche eingeschränkt. Dies erledige seine Mutter und die Tante, die regelmässig vorbeikommen würden. Er habe einen 500 m<sup>2</sup> grossen Garten, der eher verwildert sei. Hier habe er Probleme beim Besteigen von Leitern, habe dann Schwindel und Angst herunterzufallen. Seine Freizeitbeschäftigungen seien Fussballschauen, ab und zu gehe er in ein Fitnessstudio

und fast täglich mit dem Hund der Mutter, die vorbeikommen würde, spazieren. Ein bis zweimal pro Monat gehe er zum Stammtisch. Er fahre regelmässig Auto, wobei er wegen nachlassender Konzentration nach einer Stunde eine Pause einlegen müsse. Die letzten Ferien habe er mit der Tochter im Sommer bei einem Badeurlaub in der Türkei verbracht. Er habe keine Partnerin, jedoch seit zwei Monaten eine Bekanntschaft, die eher auf sexueller Ebene bestehe (S. 20 f. ).

Er stehe um 6 Uhr auf, frühstücke, lese Zeitung, gegen 7.45 Uhr fahre er mit dem Auto 16 km zur Arbeit. Die Kernarbeitszeit sei zwischen 8 und 17 Uhr plus eine Stunde Mittagspause. Nach der Arbeit gehe er noch einkaufen, sei um ca. 18 Uhr zu Hause, esse dann, gehe noch 30 bis 60 Minuten mit der Mutter spazieren. Gegen 20 Uhr gehe er ins Bett, chatte noch ein bisschen oder schaue mal mit dem Sohn Fernsehen und schlafe spätestens um 21 Uhr ein (S. 21). 3.4.3

Der rheumatologische Sachverständige, Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Manuelle Medizin FMH, führte aus,

der Beschwerdeführer habe am 12. Dezember 2014 eine HWS-Distorsion erlitten, wobei sich radiologisch keine Hinweisse für eine richtungsgebende Veränderung der vorbestehend degenerativen Bandscheibenveränderung C6/C7 mit erosiver

Chondrose ergeben habe. Die jetzt beklagte Restsymptomatik sei ein häufiges Phänomen nach einem solchen Ereignis und es handle sich dabei um komplexe, pathophysiologische Mechanismen im Bereich der Schmerzverarbeitung, vegetativen Nervenkonnektionen im Bereich der HWS mit Verschaltungen in den Hirnnervenbereich. Grundsätzlich sei die Prognose gut, zumal eine gute Mitwirkung bestehe und der Beschwerdeführer psychisch stabil sei. Der Endzustand sei noch nicht erreicht und in den nächsten ein bis zwei Jahren dürfte wiederum eine volle Leistungsfähigkeit bestehen (S. 33).

Zum jetzigen Zeitpunkt schätze er eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein volles Pensum mit aber noch 20%iger Reduktion der Leistungsfähigkeit (S. 34). 3.4.4

Aus neurologischer Sicht legte

Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, dar (S. 36), der Beschwerdeführer beklage als erstes und als gravierendstes Symptom eine mangelnde Leistungsfähigkeit im Sinne einer verstärkten Müdigkeit. Morgens sei seine produktivste Zeit, ab der Mittagspause würde es rapide abwärtsgehen. Er fühle sich stark müde, könne nicht mehr richtig sehen im Sinne eines Verschwommen- und Doppeltsehens, und wenn er könnte, würde er sofort einschlafen. Er habe es sich deshalb angewöhnt, seinen Büroarbeitsplatz zu verlassen und zum Beispiel zur Post zu gehen oder eine Baustelle zu besichtigen. Als weiteres Problem werde geschildert, dass das Laufen nicht mehr richtig rund gehe und er gelegentlich ca. drei- bis viermal die Woche im linken Nackenbereich eine leichte Starre verspüre.

Den typischen Tagesablauf beschreibe er, dass er wieder zu 100 % als Architekt arbeite (täglich von 8 bis 17 Uhr). Unter der Woche unternehme

er dann abends recht wenig, gehe an den Freitagen gelegentlich zu einem Stammtisch und auch am Wochenende stehe er gegen 6 Uhr auf, frühstücke, hole die Zeitung, bearbeite Emails, gehe gegen 9 Uhr mit dem Hund raus, danach einlaufen und nach dem Mittagessen mache er einen Mittagsschlaf. Am Nachmittag würde er dann etwas am Haus erledigen oder auch mit seinem Sohn beim Fußballspielen zuschauen, gegen 18 Uhr die Sportschau, dann teilweise noch Filme schauen und zwischen 20 und 21 Uhr schlafen gehen (S. 37).

In der Begutachtung hätten keine Symptome erfragt werden können, die verdächtig für eine Schädigung von Nervenwurzeln im Bereich der Halswirbelsäule oder gar des Rückenmarks seien. Radikuläre Schmerzen seien weder vom Beschwerdeführer noch in den Akten erwähnt, und es sei auch kein radikulärer

Ausfall beschrieben

worden. Die im MRI beschriebene Diskushernie HWK 6/7 sei degenerativ verursacht und eine Liquor-Zirkulationsstörung oberhalb C6/C7 halte er für ausgeschlossen, da eine solche eine Kompression des Rückenmarks bedinge, welche ganz sicher zu klinischen Symptomen führen, die jedoch weder anamnestisch, noch in den Akten und auch nicht im neurologischen Befund nachgewiesen worden seien. Der neurologische Befund sei bezüglich der Halswirbelsäule komplett unauffällig (S. 40 f.).

Der Beschwerdeführer arbeite wieder zu 100 % als Architekt, gestalte seine Freizeit nach seinen Wünschen und aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt (S.

42). 3.4.5

Dr. sc. h um. d ipl.

p sych. A.\_\_\_\_ führte zu den neuropsychologischen Untersuchungen Befunden aus (S. 46), es sei leicht, mit dem Beschwerdeführer in Kontakt zu kommen, er sei freundlich und habe umständlich und weit ausholend auf alle Fragen geantwortet. Biografische Daten habe er gut abrufen können und Auffassung, Ausdauer und Konzentration seien intakt. Themenwechseln habe er folgen, aber auch bei einem Thema bleiben können. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten, ein Leidensdruck sei nicht spürbar. Die Schilderung seiner Probleme sei

jedoch vage geblieben und nicht nachvollziehbar. Sein Instruktionsverständnis sei unauffällig, seine Mitarbeit jedoch nicht motiviert.

Aufgrund zweier Symptomvalidierungstests bestehe ein begründeter Verdacht auf nicht authentische neuropsychologische Störung. Es seien die folgenden Kriterien erfüllt: A)

Präsenz eines substanziellen externen Anreizes B)

Evidenz aus der neuropsychologischen Testung C)

Evidenz aus der Beschwerdeschilderung D)

Verhaltensweisen, welche die notwendigen Kriterien B und C erfüllen, aber nicht durch psychiatrische, neurologische oder entwicklungsbedingte Faktoren erklärbar seien. Die Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) lasse auf ein Aggravationsverhalten schließen und daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden. Aus neuropsychologischer Sicht könne wegen mangelnder Mitarbeit keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (S. 48 f.). 3.4.6

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus (S.

56

f.), der 51-jährige, biologisch altersentsprechend aussehende Beschwerdeführer erscheine pünktlich und alleine zum vereinbarten Untersuchungstermin. Die Anfahrt zur Untersuchung sei mit den öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgt. Während der Dauer der 120-minütigen Untersuchung habe er sich kooperativ verhalten und sei bemüht gewesen, zu seinen Problemen ausführlich Auskunft zu geben. Insgesamt habe er nicht schmerzgequält gewirkt. Die Kontaktaufnahme sei insgesamt unkompliziert erfolgt und er habe sich spontan und offen auf die Exploration eingelassen. Er habe

dabei über die gesamte

Untersuchungszeit aufmerksam das Gespräch verfolgt und die Konzentrationsspanne sei fokussiert und aufrechterhalten geblieben. Er wirke seiner Herkunft und Bildung entsprechend gebildet und ausreichend introspektionsfähig. Die Intelligenz werde klinisch als durchschnittlich eingeschätzt. Ein guter affektiver Rapport sei problemlos zustande gekommen und während der Exploration habe er ohne Verzögerung weitschweifige Antworten auf die gestellten Fragen gegeben, die Fragen oftmals nicht beantwortet, sondern über seine allgemeine Lebenssituation und Nebensächlichkeiten berichtet, die nur entfernt im Zusammenhang mit der gestellten Frage gestanden seien. Er habe seine Lebensgeschichte bzw. die Entwicklung der Beschwerden fließend, aber umständlich geschildert und er habe einige zeitliche Daten nicht abrufen können. Im Gespräch hätten

sich keine Hinweise auf relevante kognitive Schwierigkeiten ergeben.

Es hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und Bewusstseinsheit gezeigt und er sei zu allen Qualitäten (Ort, Zeit, Person und Situation) vollständig orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit habe für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten werden können und er habe über die gesamte Zeitspanne von zwei Stunden aufmerksam dem Gespräch folgen können. Dem Untersuchungsverlauf habe er inhaltlich gut folgen können, die Konzentration sei durchgehend ungestört gewesen und es

bestünden keine Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, keine Merkfähigkeitsstörungen und das Langzeitgedächtnis sei klinisch unauffällig. Beim Benennen von Daten und Zeiträumen hätten nur leichtgradige Defizite festgestellt werden können ohne Zeitgitterstörungen und ohne klinische Hinweise auf Amnesie, Konfabulationen oder Paramnesien.

Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz sowie im Tempo ungestört, das formale Denken durchgehend geordnet, beweglich und gut strukturiert

und es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen feststellbar. Es seien keine Hinweise in Form eines Fremdbeeinflussungserlebens zu finden und Der Realisations- oder Depersonalisationsphänomene seien nicht nachweisbar. Es ergäben sich auch keine Hinweise auf eine hypochondrische Erlebnisverarbeitung im engeren Sinne, eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung oder Hinweise für Wahn oder Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen. Eine Affektpathologie im eigentlichen Sinne sei gegenwärtig nicht feststellbar und der Beschwerdeführer sei in euthymer Mittellage und ausreichend schwingungsfähig. Die affektive Modulationsfähigkeit sei somit ausreichend vorhanden und er verfüge über das Gesamtspektrum der Emotionen.

Psychomotorisch sei eine lebendige Mimik und Gestik und ein normaler Sprachfluss vorhanden.

Die Psychometrische Testung nach der Montgomery-Asberg Skala der Depression (MADRS) entspreche mit 10/60 Punkten keiner depressiven Symptomatik und klinisch seien keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung zu finden (S. 59). Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden und Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und den fremdanamnestic Informationen einschliesslich der Aktenlage. Ursächlich seien mangelnde Interesse und fehlende Vorbereitung anzunehmen. Es bestünden auch Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe.

So nehme der Beschwerdeführer sein Antidepressivum nicht mehr regelmässig ein, obwohl es nach seinen Angaben eine positive Wirkung auf seine Befindlichkeit habe, und ausser fehlender Erinnerung an einzelne Daten seien keine Konzentrationsstörungen oder andere kognitive Störungen in der Untersuchung festgestellt worden (S.

60

f.).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit (S. 62). 3.4.7

Zusammenfassend wurde festgehalten (S. 71), unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig. Aus neurologischer, psychiatrischer und allgemein-ärztlicher Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und aus neuropsychologischer Sicht könne wegen Aggravationsverhalten keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Betreffend Verlauf bestehe von Oktober 2015 bis März 2016 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und seit April 2016 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (S. 71). 4. 4.1

Das umfangreiche

Z.\_\_\_\_ - Gutachten erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.3), setzt sich mit den Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auseinander und berücksichtigt auch die medizinischen Vorkenntnisse und begründet Abweichungen, soweit die Beurteilung mit diesen nicht im Einklang steht. Insgesamt erweist sich das Gutachten als nachvollziehbar und vermag zu überzeugen. Die gutachterliche Einschätzung einer 80%igen Leistungsfähigkeit bei einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit in angestammter Tätigkeit

folgt auch

der eigenen subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers, welcher sich ebenso als 80 % teilarbeitsfähig sieht

(vgl. Urk. 9/38/68).

Die Beurteilung steht im überwiegenden Einklang mit jener der Hausärztin, die ab Januar beziehungsweise April 2016, jedenfalls im hier fraglichen Zeitraum zur Begründung eines Rentenanspruches (vorstehend E. 2.3), eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bescheinigte, gestützt worauf der Beschwerdeführer ab Januar 2016 bei voller Vermittlungsfähigkeit Taggelder der Arbeitslosenversicherung bezog (Urk. 9/18/1).

Im Weiteren stimmt die gutachterliche Einschätzung auch mit den tatsächlichen Gegebenheiten insofern überein, als der Beschwerdeführer

in seiner angestammten Tätigkeit in einem Architekturbüro

seit April 2016 wieder in einem 100 %

Pensum tätig ist. Dabei ergeben sich aufgrund der Akten keine

Anhaltspunkte, dass er

bei dieser Tätigkeit nicht seine volle Leistungsfähigkeit

von 100 %

er bringt. Dies

blieb im Gutachten

zu Gunsten des Beschwerdeführers insofern unberücksichtigt, als der Rheumatologe lediglich aufgrund der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, Leistungen lediglich im Umfang von 80 % erbringen

zu können, in

der angestammten Tätigkeit eine Leistungsreduktion von 20 % zugestanden

hat

(vgl. E. 3.4.2 hiervor).

Damit fällt aber selbst bei einer anerkannten Leistungseinbusse von 20 % ein möglicher Rentenanspruch ab August 2016 (vgl. E. 2. 3) mangels einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse von mindestens 40 % ausser Betracht. Eine invaliditätsrelevante Erwerbseinbusse ist auch nicht darin zu erblicken, als der Beschwerdeführer bei seiner Tätigkeit in Deutschland ein geringeres Einkommen als bei seiner letzten Anstellung in der Schweiz

erzielt. Denn diese Tätigkeit verlor er aus

Restrukturierungsgründen (vgl. Urk. 9/15) und nicht gesundheitsbedingt. Mangels einer invaliditätsbedingten Erwerbseinbusse

in rentenbegründender Höhe fällt somit

–

unabhängig von der medizinischen Beurteilung

–

ein Rentenanspruch zum vornherein ausser

Betracht. Weitere medizinische Abklärungen vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern,

weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). Der Beschwerdeführer kann auch aus dem Hinweis seines Anwalts, die IV-Anmeldung trotz des Jobs aufrecht zu erhalten (Urk. 9/38/60), nichts zu seinen Gunsten ableiten, weil ihn jedenfalls die Schadenminderungspflicht trifft und er sich grundsätzlich die tatsächlichen Erverbsverhältnisse entgegen halten lassen muss (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa). 4.2

Mit Blick auf die Tatsache, dass der Beschwerdeführer im entscheiderelevanten Zeitraum bereits einer rentenausschliessenden Erwerbstätigkeit nachging, ist auch nicht entscheidend, welcher Stellenwert

dem Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) vom 22. Februar 2017 (Urk. 5/3) zukommt, welches ohnehin

erst nach

dem Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. Februar 2017 erstellt wurde. Damit kann auch offen bleiben, ob die neuropsychologische Teilgutachterin Dr.

sc. hum. dipl. psych. A.\_\_\_\_ die

entsprechenden Anforderungen zu erfüllen hat respektive erfüllt. Immerhin ist festzuhalten, dass neben Dr. A.\_\_\_\_ auch lic. phil.

B.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, das neuropsychologische Teilgutachten mitunterzeichnet hat (Urk. 9/38/83) und die Hauptbeurteilung unter

anderem unter fachärztlicher Mitwirkung des Neurologen Dr. N.\_\_\_\_ und des Psychiaters Dr. O.\_\_\_\_ erfolgte (vgl. Urk. 9/38/73).

D ass den

Ergebnissen der neuropsychologischen Tests aufgrund von Validierungungsverfahren kein Aussagegewicht zugemessen wurde und ein Hinweis auf Aggravationsverhalten erfolgte (vgl. E. 3.4. 5), begründet auch nicht, dass von fachärztlicher Seite keine unabhängige Einschätzung zur Restarbeitsfähigkeit mehr abgegeben werden konnte. Dafür ergeben sich auch keine Anhaltspunkte, erhoben doch insbesondere auch die Ärzte in den Fachgebieten

der Neurologie und Psychiatrie aufgrund ihrer Untersuchungen eigene Befunde, stellten entsprechende Diagnosen und legten in diesem Zusammenhang die Restarbeitsfähigkeit in ihrem Fachgebiet einzeln sowie im Gesamtkonsens fest. Der Beweiswert des Gutachtens ist damit nicht Frage zu stellen. 4.3

Nach dem Gesagten besteht keine Veranlassung, nicht auf das Gutachten des Z.\_\_\_\_ abzustellen. Es legt einleuchtend dar, dass der Beschwerdeführer im vorliegend relevanten Zeitraum (ab August 2016 vgl. E. 3 hiervor) einzig gestützt auf die rheumatologische Einschätzung in der

Leistungsfähigkeit bei der vollzeitlich ausgeübten Erwerbstätigkeit eingeschränkt ist. Der Rheumatologe sieht die Limitierung in einer 20%igen Reduktion der Leistungsfähigkeit in einem 100% Arbeitspensum gestützt auf die Selbstangaben des Beschwerdeführers begründet (vgl. Urk. 8/38/33), während auf anderen medizinischen Fachgebieten keine Arbeitsunfähigkeiten zu attestieren sind.

Zusammenfassend steht damit fest, dass weder eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit noch eine erlittene Erwerbseinbusse zu einem Rentenanspruch führen kann. Die Beschwerde ist damit

insgesamt unbegründet, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig, wobei die Kosten nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt werden.

Entsprechend dem Verfahrensausgang sind die ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzenden Gerichtskosten dem 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 David Husmann - 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 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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  
GräubNef

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