

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00726 vom 10. Oktober 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-10-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00726](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00726)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00726 du 10 octobre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00726 del 10 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG ). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung 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. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen ( vgl. BGE 139 V 547 E. 5 , 131 V 49 E. 1.2 , 130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 1 8. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus ( vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E.

6 ). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In je dem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit un abhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arb eitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG ).

### **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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere

Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre leistungsabweisende Verfügung (Urk. 10/111) damit, dass aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung bestehe. In körperlicher Hinsicht liege in der bisherigen Tätigkeit als Hilfskoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor,

in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig.

Aufgrund der Unterlagen sei ersichtlich, dass er die psychiatrischen Beschwerden vortäusche, weil er unter anderem die Empfehlungen des Therapeuten nicht umsetze, die verschriebenen Medikamente nicht einnehme, bei einem Test auffallend viele Fehler gemacht habe und seine Krankheitsrolle im Hinblick auf die drohende Ausschaffung aus der Schweiz erhöht sei. Trotz schwerwiegender Ereignisse in seinem Leben sei der Beschwerdeführer bis zum Unfallereignis immer einer Arbeitstätigkeit nachgegangen und habe offenbar erst nach seiner Erkrankung den Entschluss gefasst, nicht mehr arbeitsfähig zu sein (S. 2). Im Übrigen sei er bei dem bereits grosszügig bemessenen Leidensabzug von 20 % sämtliche körperlichen Beeinträchtigungen und das Alter berücksichtigt worden; fehlende Sprachkenntnisse und ein Aufenthaltstitel hätten hingegen keinen Krankheitswert (S. 3). 2.2

Demgegenüber bestritt der Beschwerdeführer

(Urk. 1), dass ihm eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei (S. 1 Ziff. 5). Das neurologische Teilgutachten entspreche nicht den vom Bundesgericht gestellten Anforderungen an eine Expertise (S. 3 f. Ziff. 6 ff.)

Im Weiteren lägen gegenteilige fachärztliche Beurteilungen vor, welche das Z.\_\_\_\_-Gutachten weiter entkräften würden und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher

Tätigkeit bescheinigten. Die von der Beschwerdegegnerin erwähnte Vortäuschung der psychischen Beschwerden treffe nicht zu, was sich unter anderem aus dem Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Oberarzt an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am B.\_\_\_\_, vom 29. November 2016 (vgl. Urk. 10/99) ergebe (Urk. 1 S. 4 Ziff. 9 -10). In neurologischer und psychologischer Hinsicht könne somit nicht auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt werden, weshalb sich für den Fall, dass das Gericht den Einschätzungen der behandelnden Ärzte nicht folgen würde, die Einholung eines Gerichtsgutachtens aufdränge (S. 5 Ziff. 20). Der Beschwerdeführer sei sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig (S. 6 Ziff. 26). Im Weiteren sei am 30. März 2013 neu eine grosse paramediane Diskushernie L4/L5 rechts diagnostiziert worden (vgl. Urk. 3/14) und der Beschwerdeführer habe im August 2017 einen weiteren Untersuchungstermin bei einer rheumatologischen Fachärztin. Zudem habe auch der internistische Gutachter weitere diagnostische Abklärungen empfohlen (Urk. 1 S. 5 Ziff. 23). Im Übrigen erscheine es als ausgeschlossen, dass für den Beschwerdeführer eine Stelle auf dem primären Arbeitsmarkt gefunden werden könne, weshalb die Restarbeitsfähigkeit nicht mehr zu verwerthen wäre. Schliesslich sei ihm der maximale Leidensabzug von 25 % zu gewähren (S. 5 f. Ziff.

24-25). 2.3

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung vom 1. Juni 2010 (Urk. 10/44) bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Entscheids vom 8. Mai 2017 (Urk. 10/111) in einem rentenbegründenden Ausmass verschlechtert hat. Die Eintretensfrage bildet nicht Streitgegenstand, da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 12. Januar 2016 (Urk. 10/50) eingetreten ist. 3.

Die Leistungsverneinende

Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 1. Juni 2010 (Urk. 10/44) beruhte auf der Einschätzung des Arztes des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD),

Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, welcher gestützt auf die damalige medizinische Aktenlage von

rechtsseitigen Kniegelenksschmerzen mit/bei Status nach vorderer Kreuzbandruptur, Status nach Kniedistorsion rechts am 4. Juli 2008 mit/bei Meniskusläsion medial und Status nach Arthroskopie mit Teilmeniskektomie, von einer Distorsion des linken oberen Sprunggelenks am 26. Oktober 2008 sowie von rezidivierenden Lumbalgieen ausging und für die bisherige Tätigkeit als Hilfskoch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2008 respektive ab Mitte April 2009 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere optimal leidensangepasste Tätigkeiten (wechselbelastend, ohne Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, unter Vermeidung von Zwangshaltungen, ohne erhöhte Geh- und Stehbelastung) testierte (Urk. 10/39 S. 3 f.). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2017 (Urk. 10/111) im Wesentlichen auf die Einschätzungen ihres RAD vom 22. September 2016 (Urk. 10/84 S. 4 f.) und 10. April 2017

(Urk. 10/110 S. 3), welcher seinerseits auf das Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 29. August 2016 (Urk. 10/82/1-23; inklusive

das entsprechende neurologische, internistische, orthopädisch- traumatologische und psychiatrische Teilgutachten vom 26., 27. und 29. Juli 2016 [ Urk. 10/82/24-59 ] ) sowie auf die ergänzenden Ausführungen

vom 31. März 2017 (Urk. 10/ 107 ) abstellte . 4 .2

#### 4 .2.1

Im Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 29. August 2016 (Urk. 10/82/1-23) wurden folgende Diagnosen aufgeführt (S. 12): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - fortgeschrittene Arthrose des rechten Kniegelenks - Arthrose des linken Kniegelenks mit aktuell bestehendem Kniegelenkserguss - Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks aufgrund eines Impingement-Syndroms bei nachgewiesener Läsion der Rotatorenmanschette - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - histrionisch akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) - differentialdiagnostisch: histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) - arterielle Hypertonie - Übergewicht (BMI 27.77 kg/m<sup>2</sup>) - Hypästhesie und Hypalgesie im Bereich des rechten Armes und des rechten Beines, nicht am Körper, unklarer Ätiologie , differentialdiagnostisch funktionell - Hypästhesie und Hypalgesie im Bereich der Zehen IV und V links , unklarer Ätiologie , differentialdiagnostisch funktionell - wiederkehrende Schmerzen der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule ohne Funktionsdefizit - vom Beschwerdeführer angegebenes Taubheitsgefühl beider Beine ohne objektives organisches Korrelat 4 .2.2

Die Expertin Dr. med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Neurologie, wies in ihrem neurologischen Teilgutachten vom 26. Juli 2016 (Urk. 10/82/41-47) darauf hin, dass die neurologische Untersuchung und Anamneseerhebung sehr schwierig durchzuführen seien , da der Beschwerdeführer vor allem an den unteren Extremitäten Schmerzen geltend mache, so dass die entsprechende Reflexprüfung unsicher respektive nicht möglich sei, der Babinski allerdings beidseits negativ sei und auch der Lasègue nicht vorgenommen werden könne. Aufgrund der Anamnese mit Taubheitsgefühl, welches durch Gehen ausgelöst werde, sei prinzipiell ein vaskuläres Geschehen in Erwägung zu ziehen, welches aber bei warmen Füßen nicht belegt werden könne. Im Zusammenhang mit den Rückenschmerzen sei eine radikuläre Schädigung zu diskutieren, insbesondere da ein Taubheitsgefühl an den Zehen IV und V links angegeben werde. Das Taubheitsgefühl könne einer Schädigung bei S1 links entsprechen , wobei dies nicht weiter belegt werden könne, da sich der Beschwerdeführer wegen massivsten Schmerzen nicht weiter untersuchen lasse. Eine gute Ausbildung der Muskulatur an beiden Beinen spreche jedoch gegen eine chronische Schädigung, auch gegen eine motorische Läsion. Die fehlende Analgetikaeinnahme spreche ebenfalls gegen eine akute Situation. Die angegebene Hypästhesie und Hypalgesie an rechtem Arm und Bein in Kombination mit einer Störung des Lage- und Vibrationssinns seien als funktionell zu interpretieren, ein anatomisches Korrelat für diese Störung sei sicher nicht vorhanden. Der gelegentlich angegebene Schwindel sei unspezifisch und spreche nicht für eine periphere oder zentrale vestibuläre Schädigung, insbesondere sei auch der Fussvorfußgang wenigstens für kurze Zeit recht ordentlich. Auch eine in Erwägung gezogene Schädigung im Kleinhirn sei aus diesem Grund eher unwahrscheinlich bei fehlender Ataxie. Von neurologischer Seite sei die Arbeitsfähigkeit voll erhalten und es sei auch in der Vergangenheit diesbezüglich nie eine Krankenschreibung erfolgt (S. 6). 4 .2.3

Der internistische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Teilgutachten vom 27. Juli 2016 (Urk. 10/82/35-40) fest, dass im Rahmen der Untersuchung keine Hinweise für eine Aggravation oder Simulation vorlägen (S. 3). Dr. G.\_\_\_\_ wies auf eine arterielle Hypertonie hin, welche im Rahmen seiner Untersuchung trotz Dreifachmedikation einen Blutdruckwert zeige, welcher deutlich ausserhalb des Normbereichs liege. Diese Messung könne als vegetative Reaktion auf die Begutachtungssituation ausgelöst sein, er empfehle aber weitere diagnostische Massnahmen (Langzeitblutdruckmessung). Kardiopulmonale Dekompensationserscheinungen lägen nicht vor, weshalb aus rein internistischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfskoch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe. Aufgrund der Untersuchung wie auch der Aktenlage lägen keine Hinweise dafür vor, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit auf internistischem Gebiet jemals längerdauernd eingeschränkt gewesen sei (S. 5). 4.2.4

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Gutachten vom 27. Juli 2016 (Urk. 10/82/48-59) fest, dass die Untersuchung des Beschwerdeführers sehr schwierig sei und die einzelnen Untersuchungsgänge mit sehr starken Schmerzäusserungen und muskulärem Gegendruck begleitet seien. Die Untersuchungsergebnisse seien deshalb nicht immer konsistent und zu objektivieren. Bei entsprechender Ablenkung gelinge die körperliche Untersuchung viel besser und auch die beiden Kniegelenke und das rechte Schultergelenk seien deutlich beschwerdeärmer und in der Beweglichkeit verbessert. Insgesamt könnten Beschwerden und Bewegungseinschränkungen des rechten Schultergelenks und der beiden Kniegelenke durch entsprechende Aktendokumentation sowie klinische und bildgebende Untersuchungen objektiviert werden. Die übrigen vom Beschwerdeführer auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet vorgebrachten Beschwerden (beispielsweise wiederkehrende Schmerzen des gesamten Achsorgans) liessen sich im Rahmen der Begutachtung nicht objektivieren. Die Beweglichkeit der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule (LWS) seien bei entsprechender Ablenkung frei möglich. Die paravertebrale Muskulatur zeige keine Auffälligkeiten bei guter Muskelbalance in sämtlichen Abschnitten des Achsorgans. Ein Wurzelreizsyndrom finde sich nicht, die Wirbelsäule sei insgesamt gut entfaltbar (S. 10).

Der Gutachter wies weiter darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer im Untersuchungszimmer ausserordentlich mühsam und unter starken Schmerzangaben, insbesondere betreffend das rechte Kniegelenk, bewege. Die Beschwerden würden vom Beschwerdeführer extrem demonstrativ vorgetragen und seien in einem solchen Ausmass nicht nachvollziehbar, auch wenn sicherlich Veränderungen des rechten Schultergelenks und beider Kniegelenke beständen (S. 10).

Unter dem Titel Belastungsprofil führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer sei in der Lage, körperlich nur noch leichte Tätigkeiten auszuführen, wobei die Arbeiten im Sitzen mit der Möglichkeit von eigen gewählten Positionswechseln und in geschlossenen Räumen vorgenommen werden müssten. Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck (beispielsweise Akkord- oder Fließbandarbeit), in Wechselschichten, mit häufigem Bücken oder Knien, mit Zwangshaltungen, mit besonderen Anforderungen an die Gebrauchsfähigkeit der Hände und insbesondere des rechten Arms, auf Gerüsten oder Leitern und unter Witterungs-, Kälte- oder Hitzeinwirkungen seien ausgeschlossen. Aufgrund dieser Einschränkungen sei die bisherige Tätigkeit als Hilfskoch nicht leidensgerecht, die

Verrichtung von leistungsadaptierten Arbeiten sei jedoch vollschichtig abzuverlangen (S. 10 f.).

Im Weiteren hielt der Gutachter fest, dass die bereits im Jahre 2008 festgestellten Veränderungen des rechten Kniegelenks zu einer chronischen Instabilität und chronischen Schmerzen geführt hätten, welche eine überwiegend stehende und laufende Tätigkeit ausschliessen würden. Die vom Beschwerdeführer ausgeübte Tätigkeit als Hilfskoch sei deshalb seit dem Jahre

2008 nicht mehr zumutbar (S. 11).

Dr. H.\_\_\_\_ wies schliesslich darauf hin, dass bezüglich der festgestellten Einschränkungen des rechten Schultergelenks und der beiden Kniegelenke keine richtungsweisenden Verbesserungen zu erwarten seien, zumal der Beschwerdeführer erwähnt habe, dass er keine weiteren operativen Massnahmen durchführen lassen wolle (S. 11). 4.2.5

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 29. Juli 2016 (Urk. 10/82/24-34) aus, dass die in der Trauma-Ambulanz des B.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nicht nachvollzogen werden könne. Ausser unspezifischen Ängsten und Alpträumen habe der Beschwerdeführer keine spezifische Symptomatik geschildert. Auch wenn es spät einsetzende Verläufe bei einer PTBS gebe, stelle sich gleichwohl die Frage, warum die Symptomatik erst jetzt (und im Zusammenhang mit einer drohenden Ausschaffung) auftreten sollte. Es wäre eher überraschend, dass der Beschwerdeführer in den Jahren 1998 und 1999 keine entsprechende Symptomatik aufgewiesen haben sollte, zumal die Haft sicherlich als Trigger angesehen werden könne. Zusätzlich zum insoweit unspezifischen Antwortverhalten stehe ein sehr auffälliges Ergebnis in einem Beschwerde-Validierungstest, welches den Verdacht auf das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik lenke. Hierzu passe die offensichtliche Nichteinnahme der Medikation (S. 7 f. und S. 5). Der Beschwerdeführer habe denn auch einen ausgeprägten Grund dafür, an einer relevanten Erkrankung zu leiden, um bei spielsweise nicht ausgeschafft zu werden (S.

## **E. 6**

1 geborene X.\_\_\_\_, zuletzt als Hilfskoch tätig (Urk. 10/62), verletzte sich im Jahre 2008 am rechten Knie sowie am linken Fuss, als ihm am 4. Juli

ein Aluminiumfass auf das Knie fiel respektive er am 26. Oktober auf einer nassen Treppenstufe ausrutschte und rückwärts zu Boden stürzte (Urk. 10/22/12-18 S. 1 f., S. 3). Am 3. März 2009 meldete er sich unter Hinweis auf starke Knie- und Fusschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/12). Mit Verfügungen vom 1. Juni 2010 (Urk. 10/43-44) wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Anspruch auf eine Umschulung sowie eine Invalidenrente ab.

### **E. 6.1**

Der begutachtende Psychiater ist nach Prüfung der Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1) zum Ergebnis gelangt, dass der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 10/82/24-34 S. 8 ff.).

Der orthopädisch- traumatologische Gutachter hielt fest, dass sich der Beschwerdeführer im Untersuchungszimmer ausserordentlich mühsam und unter starken Schmerzangaben, insbesondere betreffend das rechte Kniegelenk, bewege. Bei entsprechender Ablenkung gelinge die körperliche Untersuchung viel besser und auch die Kniegelenke sowie das rechte Schultergelenk seien deutlich beschwerdeärmer und in der Bewegung verbessert. Die Beschwerden würden vom Beschwerdeführer extrem demonstrativ vorgetragen und seien in einem solchen Ausmass nicht nachvollziehbar (Urk. 10/82/49-59 S. 10). Der psychiatrische Experte wies auf das zielgerichtete Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik hin und hielt überdies fest, dass aufgrund des sehr auffälligen Antwortverhaltens

in der Exploration ein Beschwerde-Validierungsverfahren durchgeführt worden sei, welches ein hoch auffälliges Antwortverhalten gezeigt habe, das faktisch belege, dass der Beschwerdeführer die richtigen Antworten kenne, aber aktiv falsche Antworten gebe (Urk. 10/82/24-34 S. 8, Urk. 10/107 S. 2).

### **E. 6.2**

Nach dem Gesagten bestehen aufgrund der Akten klare Hinweise auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den erhobenen objektiven Befunden. Hinzu kommt, dass die im Rahmen der Begutachtung angeordnete Laboranalyse zeigte, dass bezüglich sämtlicher vom Beschwerdeführer gegenüber den einzelnen Fachgutachtern als regelmässig eingenommen bezeichneten Medikamente kein Wirkspiegel erreicht wurde (Urk. 10/82/24-34 S. 6, Urk. 10/107 S. 2). Im Übrigen bestand beim Beschwerdeführer auch keine soziale Isolation, nahm er doch am Vormittag Arzt- oder Physiotherapietermine wahr, traf sich mit Freunden in der Migros zum Essen und ging nachmittags nach draussen und zum

Einkaufen (Urk. 10/82/35-40 S. 2, Urk. 10/82/41-47 S. 2), was gegen eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen spricht. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die detaillierte Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens betreffend das Vorliegen einer invalidisierenden psychischen Störung, zumal aus gutachterlicher Sicht eine solche verneint wurde.

### **E. 6.3**

Zusammenfassend steht fest, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten körperlichen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. In Anbetracht der beweiskräftigen medizinischen Grundlagen sind von weiteren Untersuchungen keine anderen entscheidungsrelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). 7.7.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. 7.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen). 7. 3

Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Ermittlung des Valideneinkommens auf den Tabellenlohn für Gastronomiemitarbeiter gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) ab (Urk. 10/83 S. 1). Dies ist nicht zu beanstande n, da d er Beschwerdeführer seit 1992 als Hilfskoch in verschiedenen Restaurants arbeitete (Urk. 10/62/1) und

in den Jahren vor Eintritt des Gesundheitsschadens keiner (länger andauernden) beruflichen Tätigkeit mehr nachging (Urk. 10/109). Allerdings sind die LSE 2014 beizuziehen. Gemäss den LSE 20

### **E. 9**

9-100, Urk. 10/102) einreichte. Am 31. März 2017 äusserte sich die Z. \_\_\_ zum Einwand des Versicherten (Urk. 10/107). Mit Verfügung vom 8. Mai 2017 (Urk. 10/111)

verneinte die IV-Stelle unter Hinweis auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. 2.

Dagegen erhob der Versicherte unter Beilage des Berichts der A. \_\_\_ vom 30. März 2017 (Urk. 3/14), des Schreibens der Klinik für Rheumatologie am B. \_\_\_ vom 2. Juni 2017 (Urk. 3/15) und des Berichts der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am B. \_\_\_ vom 19. Juni 2017 (Urk. 3/5) am 23. Juni 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 8. Mai 2017 aufzuheben und ihm

eine ganze Invalidenrente zuzu sprechen. Eventuell sei ein interdisziplinäres gerichtliches Obergutachten anzu ordnen, subeventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und Neuverfügung zurückzuweisen (S. 2). Am 29. Juni 2017 (Urk. 6) reichte der Beschwerdeführer den Bericht der C. \_\_\_ vom 27. Juni 2017 (Urk. 7) ein, welcher der Beschwerdegegnerin am 3. Juli 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Mit Beschwerdeantwort vom 4. September 2017 (Urk. 9) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. September 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 10**

). 4. 3

Am 29. November 2016 nahm der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers Dr. D. \_\_\_ auf Ersuchen der Rechtsvertreterin Stellung zum Z. \_\_\_ -Gutachten und hielt fest, dass der Zeitaufwand für das psychiatrische Teilgutachten bei netto maximal 45 Minuten gelegen habe, was in Anbetracht des komplexen transkul turellen Kontents nicht ausreichend sei. Eine Fremdanamnese sei sodann aus gut achterlicher Sicht nicht für notwendig erachtet worden, obwohl eine solche sofort offensichtlich gemacht hätte, wie schwer der Beschwerdeführer in seinem Alltag beeinträchtigt sei.

Im Weiteren erstaune die gutachterliche Aussage, die Diagnose einer PTBS könne nicht nachvollzogen werden. Im Gutachten seien sehr suggestive Hinweise auf entsprechende Symptome enthalten (deutliche Einengung auf traumatische Inhalte, mehrfache Erwähnung

von Albträumen, Ängsten und Schlafstörungen, Zeigen von Fotos von im Bürgerkrieg verstorbener Menschen) und eine PTBS sei auch von vielen Vorbehandlern diagnostiziert worden, worauf im Gutachten nicht ausreichend eingegangen worden sei (Urk. 10/99 S. 1).

Dr. D. \_\_\_ wies zudem darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Anerkennung als Flüchtling nicht ausgeschafft werden könne und deshalb Zweifel am Realitätsgehalt der traumatischen Erlebnisse im Interesse einer Aufenthaltsbewilligung hinfällig seien. Im Weiteren sei unklar, wie sich die gutachterlichen

Diagnose der

histrionischen Persönlichkeitsstörung ausreichend begründen lasse und auch die Einschätzung bezüglich des Schweregrads sei widersprüchlich. Die in der Expertise erwähnten Auffälligkeiten des Beschwerdeführers stünden zudem im Widerspruch zur gutachterlichen Einschätzung der angeblich nicht beeinträchtigten Funktionalität des Beschwerdeführers.

Dr. D. \_\_\_ hielt weiter fest, dass der Beschwerdeführer entgegen dem Gutachten nicht über ausreichende Ressourcen verfüge, sich den Anforderungen des Lebens zu stellen, was im Alltag zu beobachten sei.

Der Einsatz von Beschwerde-Validierungstests in IV-Verfahren sei sodann nicht unumstritten und solche Tests seien nur als eines unter vielen diagnostischen Elementen einzubeziehen (S. 2).

Dr. D. \_\_\_ hielt zusammenfassend fest, dass das Gutachten Mängel aufweise, nämlich das fehlende inhaltliche Eingehen auf die Vorakten, die nicht ausreichend nachvollziehbare Begründung der gestellten Diagnose und die mangelnde Auseinandersetzung mit der vielfach vordiagnostizierten Traumafolgestörung. Das Gutachten interpretiere die beobachteten Verhaltensauffälligkeiten unter Annahme falscher Tatsachen (drohende Ausschaffung) als demonstrative Vortäuschung, ohne dabei die Fokussierung des Beschwerdeführers auf ein somatogenes Krankheitsmodell und die transkulturellen Besonderheiten in Betracht zu ziehen. Zu klären bleibe die Frage nach dem nicht nachweisbaren Medikamentenspiegel, was an sich aber nicht ausreiche, dem Beschwerdeführer ein psychisches Leiden von Krankheitswert abzusprechen (S. 3). 4.4

In seiner Stellungnahme vom 31. März 2017 (Urk. 10/107) betreffend die Vorbringen von Dr. D. \_\_\_ vom 29. November 2016 (vgl. E. 4.3

hier vor) wies der psychiatrische Gutachter Dr. I. \_\_\_ darauf hin, dass die Nichteinnahme der Medikamente nur einen Teil darstelle, der höchst auffällig gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe bereits während der Exploration ein derart auffälliges Antwortverhalten gezeigt, welches sich durch ein definiertes psychiatrisches Krankheitsbild im Allgemeinen beziehungsweise eine PTBS im Speziellen nicht erklären lasse. Diese deutliche Auffälligkeit habe schliesslich zur Durchführung eines Beschwerde-

-Validierungsverfahrens geführt, bei welchem der Beschwerdeführer das hoch auffällige Verhalten gezeigt habe, wobei das Antworten unterhalb der Retenwahrscheinlichkeit bei sämtlichen Beschwerde-Validierungstests einen deutlichen Hinweis auf das Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik liefere, weil damit faktisch belegt sei, dass er die richtigen Antworten kenne, allerdings aktiv falsche Antworten gebe. Dr. I. \_\_\_ hielt ferner fest, dass die Dauer der Exploration zur Erfassung der in Frage stehenden Problematik als ausreichend angesehen worden sei

und dass das vom Beschwerdeführer gezeigte Gesamtbild die Erhebung einer Fremdanamnese nicht erforderlich gemacht habe. Im Weiteren seien die PTBS- Symptome abgefragt worden und die wenigen spontanen Angaben, welche der Beschwerdeführer zu seiner psychiatrischen Symptomatik gemacht habe, seien mit den entsprechenden diagnostischen Kriterien abgeglichen worden, wobei die Diagnose anhand dieser Angaben nicht habe verifiziert werden können (Urk. 10/107 S. 2). Der Beschwerdeführer habe gegenüber Dr. I.\_\_\_\_ so dann selbst angegeben, dass er von der Ausschaffung bedroht sei. Der Beschwerdeführer zeige überdies ein histrionisches Bild, welches ganz bewusst als akzentuierte Persönlichkeit gewertet worden sei. Bei letzterer sei es nicht erforderlich, die von Dr. D.\_\_\_\_ genannten Punkte in der angegebenen Anzahl zu erfüllen, vielmehr gehe es um die Tendenz. Im Weiteren müsse das A-Kriterium der PTBS bei einer Begutachtung im Vollbeweis vorliegen. Da der Beschwerdeführer auf sämtlichen Ebenen (psychiatrisches Explorationsgespräch, Beschwerdevalidierung und Medikamenteneinnahme) erhebliche Auffälligkeiten gezeigt habe, seien Zweifel an der von ihm geschilderten Gesamtproblematik angebracht. Diese Auffälligkeiten hätten auch deutliche Zweifel daran hinterlassen, dass der Beschwerdeführer derart beeinträchtigt sei, wie er es geschildert habe und wie es sich in der Darstellung des behandelnden Arztes niederschlage

(S. 3). 5 .

#### 5.1

Das Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 29. August 2016 (Urk. 18/82) einschliesslich dessen Ergänzung vom 31. März 2017 (Urk. 10/107) entspricht den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, gibt es doch Antwort auf die Frage nach dem Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Es beruht sodann auf den notwendigen Untersuchungen in neurologischer, internistischer, orthopädisch-traumatologischer und psychiatrischer Fachrichtung. Die Gutachter berücksichtigen detailliert die geklagten Beschwerden und setzten sich damit auseinander (Urk. 10/82/24-34 S. 2 und S. 4

ff., Urk. 10/82/41-47 S. 1 f. und S. 4 ff., Urk. 10/82/48-59 S. 2 f. und S. 5 ff.). Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, wobei sich die Gutachter zur Krankheitsentwicklung äusserten und Bezug auf die medizinischen

Vorakten nahmen (Urk. 10/82/1-23 S. 3-10, S. 11 und S. 14, Urk. 10/82/24-34 S. 2 f.). Sie setzten sich insbesondere mit abweichenden Diagnosen in Arztberichten auseinander und würdigten diese in nachvollziehbarer Weise (Urk. 10/82/24-34 S. 7

f. und S. 10, Urk. 10/82/35-40 S. 5, Urk. 10/82/41-47 S. 6, Urk. 10/107). Schliesslich leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen in der Expertise sind begründet.

In diesem Sinne ging die neurologische Gutachterin schlüssig von einer Hypästhesie und Hypalgesie des rechten Armes, des rechten Beines sowie der linken Zehen IV und V aus, welche keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben (Urk. 10/82/41-47 S. 5). In internistischer Hinsicht stellte Dr. G.\_\_\_\_ nachvollziehbar fest, dass der Beschwerdeführer an einer arteriellen Hypertonie sowie an Übergewicht leidet, denen keine einschränkenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zukommen (Urk. 10/82/35-40 S. 4). Der orthopädisch-traumatologische Gutachter beschrieb einleuchtend, dass eine

fortgeschrittene Arthrose des rechten Kniegelenks, eine Arthrose des linken Kniegelenks sowie eine Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks vorliegen, wobei der Beschwerdeführer in körperlich leichten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 10/82/48 -59 S. 9 f.) . Unter psychiatrischen Gesichtspunkten legte Dr. I.\_\_\_\_

in nachvollziehbarer Weise dar, dass eine histrionisch akzentuierte Persönlichkeit , differentialdiagnostisch histrionische Persönlichkeitsstörung , besteht, welche keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hat (Urk. 10/82/24-34 S. 7) . Die Expertise erfüllt demnach die praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens ( BGE 125 V 351 E. 3a und BGE 122 V 157 E. 1c), weshalb für die Entscheidungsfindung darauf abzustellen ist. 5.2

### 5.2. 1

An dieser Beurteilung vermag der Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom 1. Dezember 2016 (Urk. 10/100/ 1) nichts zu ändern.

Dr. J.\_\_\_\_ hielt fest, dass sämtliche von ihm im Bericht

vom 26. Mai 2016 (Urk. 10/82/76-77) genannten Diagnosen einen direkten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Konkrete Angaben darüber, inwiefern die Arbeitsfähigkeit durch die Diagnosen beeinträchtigt ist, machte der Arzt indessen nicht, vielmehr wies er darauf hin , dass ihm die beruflichen Qualifikationen des Beschwerdeführers nicht bekannt seien (vgl. auch Urk. 10/107 S. 4). In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass der Gutachter Dr. H.\_\_\_\_ aus orthopädisch- traumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit verneinte und die Knie- und Schulterbeschwerden somit nicht ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben (vgl. E. 4 .2.4).

### 5 . 2 . 2

Gleiches gilt mit Bezug auf das Schreiben der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. K.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, vom 8. Dezember 2016 (Urk. 10/102), welche eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit postulierte. Eine entsprechende Begründung fehlt und die Hausärztin beschränkte sich auf die Nennung von fachfremden Diagnosen ( PTBS , schwere Arthrose beider Knie und der rechten Schulter ) sowie der bereits eingeleiteten respektive möglichen Behandlungen . Im Übrigen ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

### 5 . 2 . 3

Im

Bericht der A.\_\_\_\_ vom 30. März 2017 (Urk. 3/1 4 ) betreffend eine grosse paramediane Diskushernie L4/L5 rechts sowie mehrere geringe multisegmentale degenerative LWS-Veränderungen finden sich keine Angaben darüber , inwiefern sich diese Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. 5.2.4

Was das Schreiben des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 (Urk. 3/5 , vgl. E. 4.3 hievore )

angeht, gilt Folgendes: Insoweit sich Dr. D.\_\_\_\_ auf seinen Bericht vom 29. November 2016 (Urk. 10/99) bezog (Urk. 3/5 S. 1), ist darauf hinzuweisen, dass die Z.\_\_\_\_ -Gutachter dazu

bereits am 31. März 2017 aus drücklich Stellung nahmen (Urk. 10/107; vgl. E. 4.4 hievor ). Im Weiteren bel ässt es Dr. D.\_\_\_\_ bei einem pauschalen Hinweis auf eine seit November 2016 einge tretene Zustandsverschlechterung , ohne indessen näher darzulegen, inwiefern sich die gesundheitliche Situation konkret verschlechtert hat. Ebenso wenig

ver mögen die Ausführungen

betreffend die Umsetzung der Therapieempfehlungen und die Nichteinnahme von Medikamenten ( Urk. 3/5 S. 1 f. )

an der gutachterlichen Beurteilung

etwas zu ändern, zumal gemäss dem behandelnden Psychiater ausser im Rahmen der Begutachtung keine Laboranalyse zwecks Überprüfung der Medikamenteneinnahme vorgenommen wurde . Was die von

Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte Unmöglichkeit einer normalen Gesprächsführung seitens des Beschwerdeführers sowie dessen Überforderung im Alltag angeht , ist zu berücksichtigen, dass keiner der vier Z.\_\_\_\_-Gutachter über eine entsprechende Unmöglichkeit berichtet e . Er wähnt wurde lediglich eine Geschwätzigkeit ( Logorrhoe ) und eine

Unstrukturiertheit in den Erzählungen des Beschwerdeführers (Urk. 10/82/24-34 S. 5), wobei letzterer jedoch in der Lage war, auf entsprechende Fragen der Experten Auskunft zu geben und insbesondere über seine Beschwerden, seinen Tagesablauf, die Krankheitsentwicklung und die erfolgten Behandlungen zu berichten. Ebenso wenig finden sich im Gutachten Angaben, welche auf eine Überforderung im Alltag hinweisen. Der Beschwerdeführer fuhr vielmehr alleine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu den Begutachtungen (S. 4), nahm selbständig Arzt- und Physiotherapie termine wahr, versorgte seine zwei Katzen, traf sich zum Essen mit Freunden in der Migros, ging nach draussen und kaufte selber ein (Urk. 10/82/35-40 S. 2, Urk. 10/82/41-47 S. 2).

5.2. 5

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, C.\_\_\_\_ , wies in seinem Bericht vom 27. Juni 2017 (Urk. 7) hinsichtlich der

bereits bei Erstellung des Z.\_\_\_\_-Gutachtens (vgl. E. 4.2.1 und E. 4.2.4 hievor ) vorliegenden Kniebeschwerden auf eine deutliche Schwellung des rechten Knies mit intraartikulär fassbarem Erguss sowie eine Indikation zur prothetischen Versorgung hin (Urk. 7 S. 2). Im Bericht finden sich indessen keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit, weshalb der Beschwerdeführer daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten kann . 5. 3

Betreffend den Einwand des Beschwerdeführers, die neurologische Gutachterin habe aufgrund des im Rahmen der neurologischen Grunduntersuchung festgestellten stark verminderten Vibrationssinns und der verminderten Sensibilität und Reflexe eine elektrophysiologische Messung zwingend durchführen müssen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 7), ist vorab festzuhalten, dass der Beschwerdeführer eine Untersuchung der unteren Extremitäten unter Hinweis auf massivste Schmerzen nicht zugelassen hat (Urk. 10/82/41-47 S. 4, S. 5 und S. 6 ). Im Weiteren oblag der Entscheidung, welche neurologischen Zusatzuntersuchungen im Rahmen der Begutachtung durchzuführen waren , der Expertin , welche zudem vaskuläre und radikuläre Ursachen für die Empfindungsstörungen in nachvollziehbarer Weise ausschloss (S. 6).

Ins Leere geht ferner der Einwand, die neurologische Gutachterin sei ohne entsprechende Begründung von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 7), nachdem die Expertin betreffend die Empfindungsstörungen an den Armen und Beinen eine vaskuläre, radikuläre respektive chronische Schädigung sowie eine motorische Läsion einleuchtend verneinte und

die entsprechenden Beschwerden als funktionell und ohne anatomisches Korrelat interpretierte. Im Weiteren schloss die Expertin bezüglich des vom Beschwerdeführer geklagten Schwindels eine periphere beziehungsweise zentrale vestibuläre Schädigung sowie eine Schädigung im Kleinhirn aus (Urk. 10/82/41-47 S. 6).

Vor diesem Hintergrund erübrigt es sich auch – wie vom Beschwerdeführer gefordert (Urk. 1 S. 3 Ziff. 7) – Ausführungen zu möglichen Massnahmen.

Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens machte der Beschwerdeführer geltend, dieses sei ohne Auseinandersetzung mit den geäusserten psychischen Beschwerden erfolgt, da der Beschwerdeführer gemäss Experte immer wieder von seiner körperlichen anstatt seiner psychischen Problematik gesprochen habe, so dass

es die Aufgabe des Gutachters gewesen wäre, den Beschwerdeführer detailliert zu seiner psychischen Situation zu befragen (Urk. 1 S. 3 Ziff. 8). Dieses Argument überzeugt insofern nicht, als der Gutachter den Beschwerdeführer mehrmals aufforderte, seine psychiatrischen Beschwerden zu schildern, und der Beschwerdeführer auf seelische Schmerzen, Angst, Schwierigkeiten beim Schlafen respektive Alpträume sowie auf Störungen des Appetits und der sexuellen Interessen hinwies (Urk. 10/82/24-34 S. 2, S. 6 und S. 7). Die unspezifizierte Angabe von Ängsten und Alpträumen thematisierte der Gutachter alsdann im Zusammenhang mit der Frage nach dem Vorliegen einer PTBS (S. 7).

Was die Vorbringen des Beschwerdeführers betreffend die fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und einer PTBS betrifft (Urk. 1 S. 4 Ziff. 10-11), so ist eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit

sowie das Vorliegen einer PTBS

von den

Z.\_\_\_\_-Gutachtern

in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise verneint worden (Urk. 10/82/24-34 S. 7 f.,

Urk. 7/107 S. 2; vgl. auch E. 5.1 hier vor), wobei die diesbezüglich vom Beschwerdeführer genannten Arztberichte (Urk. 3/6-9) von den Experten berücksichtigt worden sind (Urk. 10/82/1-23 S. 2 Ziff. 1, S. 7 Ziff. 29 und Ziff. 32, S. 9 Ziff. 40).

Bezüglich des Hinweises, wonach die (Rest-)arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht mehr zu verwerten sei, weil ihm eine normale Gesprächsführung aufgrund seiner kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen unmöglich sei und sich deshalb eine Interaktion mit Mitarbeitenden und Vorgesetzten sehr schwierig gestalten würde (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 24), ist daran zu erinnern, dass die

Z.\_\_\_\_-Gutachter weder die Arbeitsfähigkeit einschränkende kognitive und emotionale Beeinträchtigungen noch eine Unfähigkeit, ein normales Gespräch zu führen, festgestellt haben (vgl. E. 4.2 und E. 5.2.5 hier vor). 6.

**E. 14**

: 22 20 ; 20

**E. 16**

: 2 239 ) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 51 ' 7 6 4 . --.

7 . 4

Das Invalideneinkommen, welches ebenfalls gestützt auf die LSE 20 14 zu bestimmen ist, beträgt für das Jahr

**E. 20**

16 im Kompetenz niveau 1 Fr. 6 7 '0

**E. 22**

-- (Fr. 5 ' 312 -- / 40 x 41. 7 x 12 / 22 20 x 2 2 3 9 ) . Selbst unter Berücksichtigung eines ( im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigten )

maximalen Leidensabzugs von 25 % (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc ), resultiert ein Invaliditätsgrad von 3 % , welcher unter dem anspruchsbegründenden Minimum von 40 % liegt (vgl. E. 1.3 hievore).

Damit besteht kein Anrecht auf eine Rente der Invalidenversicherung, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8 .

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 900. -- festzulegen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 -- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubSchleiffer Marais

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