

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00869 vom 9. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00869

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00869 du 9 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00869 del 9 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

6. Februar 2017 erstattet wurde (Urk. 6/113). Mit Vorbescheid vom 1. Juni 2017 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 6/117), worauf sie am 12. Juli 2017 im angekündigten Sinne verfügte (Urk. 6/120 = 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 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 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt 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 jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig 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 Arbeitsleistung 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. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 24. September 2017 Beschwerde (Urk. 1) mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei auf der Grundlage eines neu einzuholenden psychiatrischen

Gutachtens

erneut über seinen Rentenanspruch zu entscheiden. Mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), worüber der Versicherte mit Verfügung vom 4. Oktober 2017 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 12. Juli 2017 (Urk. 2) zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Erwägung, die gesundheitliche Situation des Versicherten habe sich nach der Anmeldung zum Leistungsbezug am 19. November 2012 stabilisiert, sodass ab November 2013 berufliche Eingliederungsmassnahmen hätten durchgeführt werden können. Nach einem Rückfall hätten diese Ende 2014 jedoch abgebrochen und die Rentenprüfung eingeleitet werden müssen. Die umfangreichen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die bestehenden Erkrankungen behandelbar seien und gut auf die richtigen Medikamente und Therapien ansprechen würden. Gesamthaft liege kein Krankheitsgeschehen vor, das eine langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit eine Invalidität zu begründen vermöge. Folglich bestehe kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

E. 2.2

Mit Beschwerdeschrift vom 24. September 2017 (Urk. 1) rügte der Versicherte zusammengefasst, die Begutachtung durch die A.____ sei ungenügend vorbereitet gewesen. Namentlich seien die Unterlagen der behandelnden Ärzte von den Gutachtern nur unvollständig eingeholt beziehungsweise nicht gelesen worden. Aus diesem Grund könne

insbesondere nicht auf die psychiatrische Teil expertise von Dr. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abgestellt werden, dessen Untersuchung darüber hinaus bloss 40 Minuten gedauert habe. Vor diesem Hintergrund sei eine erneute Begutachtung unumgänglich. 3. 3.1

In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand ist den Berichten der behandelnden Ärzte im Wesentlichen zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer am 4. Mai 2012 eine Meniskusklaision links zugezogen hatte, welche am 6. Juni 2012 mittels arthroskopischer Teilmeniskektomie operativ versorgt wurde (vgl. Urk. 6/9/27).

Überdies

war der Versicherte aufgrund chronischer Tagesschläfrigkeit und -müdigkeit vom 27. bis 30. Mai 2013 in der C. zwecks somnologischer Abklärungen hospitalisiert. Nebst einer respiratorischen Partialinsuffizienz unklarer Genese habe ein schweres kombiniertes Schlafapnoesyndrom mit Akzentuierung in Rücklage festgestellt werden können, weshalb eine APAP-Therapie initiiert worden sei. Die Erholungsfunktion des Schlafs habe sich dadurch deutlich gebessert. Aus schlafmedizinischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/25/5 ff.). Diese Einschätzung wurde mit Verlaufsbericht vom 31. Mai 2016 bestätigt (Urk. 6/100/8).

Aus

dem Bericht des D.____

vom 7. Januar 2016 geht insbesondere hervor, dass die vom Versicherten geklagten muskulären und arthrogenen Schmerzen in den oberen und unteren Extremitäten möglicherweise Symptome einer sich peripher manifestierenden Psoriasis-Arthritis beziehungsweise einer Spondylarthritis mit enthesiopathischem Muster seien. Zudem liege eine Psoriasis vulgaris in Kombination mit einer Neurodermitis vor

(Urk. 6/96/1 f.). Bezüglich einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Ärzte des D.____ auch in späteren Verlaufsberichten nicht (vgl. Urk. 6/100/7, 6/100/12 f.).

In neurologischer Hinsicht führte Dr. med. E.____ in seinem Bericht vom 6. September 2016 aus, dass die Arbeitsfähigkeit weder aufgrund der leichten demyelinisierenden Polyneuropathie unklarer Ätiologie noch in Anbetracht des im Jahr 2015 operativ versorgten Karpaltunnelsyndroms beidseits oder des schweren kombinierten Schlafapnoe-Syndroms beeinträchtigt sei (Urk. 6/101/1 f., vgl. auch Urk. 6/101/12 f.). 3.2 3.2.1

Zum psychischen Gesundheitszustand äusserte sich Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstmals am 30. August 2012 dahingehend, dass eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) sowie ein Verdacht auf eine soziale Phobie vorliege. Nebst einer formalgedanklichen Einengung seien erhebliche Selbstwertdefizite sowie eine Hoffnungslosigkeit und Ängstlichkeit vorhanden. Gegenwärtig bestehe für jegliche berufliche Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/9/28 ff.). Zum selben Schluss gelangte Dr. F.____ in späteren Berichten vom 24. November 2012 sowie 4. und 13. März 2013, wobei er ausserdem auf die rasche Erschöpfbarkeit, die Antriebschwäche sowie Versagensängste hinwies (Urk. 6/9/23 f., 6/13 und 6/25/20 f.). 3.2.2

Vom 7. bis 24. Mai 2013 sowie 3. Juni bis 31. Juli 2013 befand sich der Beschwerdeführer in der G.____ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, wobei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1), sowie akzentuierte, selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert wurden. Auch ab dem Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (Urk. 6/25/2 f f.). 3.2.3

Im weiteren Verlauf hätten gemäss Dr. F.____

vor allem die persistierenden Versagensängste und das Vermeidungsverhalten imponiert (Bericht vom 18. September 2013, Urk. 6/82/8). Mit Bericht vom 17. September 2014 hielt Dr. F.____ fest, dass es am 27. Juli 2014 im Zusammenhang mit einer Umstellung der antidepressiven Medikation zu einem epileptischen Anfall gekommen sei. Von neurologischer Seite sei bis 28. September 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Bezugnehmend auf die vom Versicherten angetretenen Wiedereingliederungsmassnahmen sei ab diesem Zeitpunkt wieder von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. In absehbarer Zeit könne angesichts des bisherigen Verlaufs der Massnahme mit einer Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt gerechnet werden (Urk. 6/82/2 f.). 3.2.4

Nachdem die beruflichen Eingliederungsmassnahmen am 11. Dezember 2014 abgebrochen worden waren (vgl. Urk. 6/73) begab sich der Beschwerdeführer ab dem 19. Februar 2015 in die H.____

bei Dr. med. I.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

zunächst in stationäre und danach in ambulante Behandlung. Es wurde eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 6/80).

Mit Berichten vom 14. Oktober 2015 und 19. Juli 2016 (Eingangsdatum bei IV-Stelle) ging Dr. I.____ einerseits insgesamt von einer Besserung der depressiven Symptomatik aus; andererseits attestierte sie weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dies sei Folge des starken Schmerzsyndroms, der bestehenden Ängste (insbesondere Versagensängste) sowie der intermittierend gedrückten Stimmung (Urk. 6/93, 6/99). 3.3

Dem polydisziplinären A.____-Gutachten vom 16. Februar 2017 sind keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen

(Urk. 6/113/54): - polysymptomatische Polyneuropathie unklarer Genese, - Status nach Grand mal in Zusammenhang mit Psychopharmaka-Medikation, - Status nach Neurolyse wegen Carpal-Tunnelsyndrom beidseits, - Migräne mit einfachen Attacken, derzeit asymptomatisch, - Adipositas mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 38.1 kg/m², - Schlafapnoe-Syndrom unter APAP-Behandlung zurzeit gut eingestellt, - anhaltende affektive Störung: Dysthymie (ICD-10 F34.1), - akzentuierte Persönlichkeitszüge (anankastisch; ICD-10 Z73.1), - Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56), - mögliche Psoriasis-Arthropathie mit enthesopathischem Schmerzmuster, - leichte Schulterbeschwerden rechts bei Status nach dreimaliger operativer Revision bei vermutlich AC-Gelenksluxation (2001), - Zustandsbild nach arthroskopischer Teilmenskektomie medial am linken Kniegelenk (6. Juni 2012), - Zustandsbild nach CTS-Operation beidseits (Dezember 2015).

Befragt nach seinen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führte der Versicherte gegenüber den Sachverständigen im Wesentlichen aus, dass in der 4. Schulklasse die Diagnose einer Legasthenie gestellt worden sei. In der Kinder- und Jugendzeit habe er auch deutlich unter Asthma bronchiale gelitten, welches mit dem Auftreten der Neurodermitis 1997 remittiert sei. In späteren Untersuchungen seien zudem eine Psoriasis und - etwa im Jahr 2016 - aufgrund der zahlreichen rheumatoïden Beschwerden eine Psoriasis-assoziierte Arthritis diagnostiziert worden. Er leide aktuell auch unter diffusen Beschwerden im Bereich der Extremitäten. Nach längerem Einnehmen gleichartiger Körperpositionen sei die Muskulatur zäh und er komme beim Bewegungsbeginn nur langsam in Fahrt. Zu Sensibilitätsausfällen komme es zwar nicht; immer wieder würden allerdings Missempfindungen in Form eines Nässegefühls an den Beinen auftreten. Das Einschlafen der Hände sei nach den Operationen im Dezember 2015 remittiert,

wobei die muskulären Probleme jedoch weiterhin vorhanden seien.

Der ab 2009 aufgetretene extreme Schlafdruck mit unvermitteltem Einschlafen trete nun nicht mehr auf; das seit 2013 eingesetzte Maskendruck-Beatmungsgerät toleriere er recht gut. Den noch leide er nach wie vor unter einer ständigen Müdigkeit und einer vorschleunigten Erschöpfbarkeit bei Stressbelastung sowie geistiger Konzentration. In psychischer Hinsicht sei er primär durch die Ängste sowie die depressive Verstimmung beeinträchtigt. Aktuell könne er sich nicht vorstellen, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Urk. 6/113/22 ff., vgl. zudem Urk. 6/113/28 f., 6/113/37 ff., 6/113/44 f. und 6/113/50).

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, hielt in seiner Teilleistungsbescheinigung fest, dass sich weder in Bezug auf den Hirnnervenstatus noch auf die Motorik Auffälligkeiten gezeigt hätten. Pathologische Reflexe hätten ebenfalls nicht bestanden. Das Vibrationsempfinden habe an beiden Sprunggelenken malleolären etwas unterhalb des Normbereichs gelegen. Die Standproben seien erschwert gewesen, jedoch ohne neurologische Ausfälle. Störungen des Gangbilds oder der Grob- und Feinmotorik hätten sich nicht ergeben.

Ferner sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule weitgehend frei gewesen. Der leichte Hartspann des gesamten Rückenstreckers und der Schultergürtelmuskulatur beidseits sei nur mit geringer Druckdolenz verbunden gewesen. Entlang des Rückenstreckers bis zum mittleren Bereich der Brustwirbelsäule habe der Explorand über muskuläre Schmerzen geklagt (Urk. 6/113/26 f.). Gesamthaft seien die Ressourcen des Versicherten weder durch motorische Ausfälle noch durch Sinnesbehinderungen oder neurokognitive Beeinträchtigungen eingeschränkt (Urk. 6/113/60).

In Bezug auf den Psychostatus ist dem Teilgutachten von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zu entnehmen, dass der Versicherte im Kontaktverhalten zugewandt und freundlich gewesen sei. Er sei zudem während der gesamten Exploration wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Ein affektiver Rapport habe hergestellt und aufrechterhalten werden können, wobei der Versicherte ausgeglichen und normal schwingungsfähig gewesen sei. Als er von der Erkrankung und dem Tod seines Vaters erzählt habe, habe er einmalig geweint; im Übrigen hätten sich jedoch keine depressiven oder ängstlichen Symptome gezeigt. Ziemlich heftig und aggressiv habe der Versicherte seine Enttäuschung über die Invalidenversicherung geäußert. Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- oder Merkfähigkeitsstörungen hätten sich nicht eruieren lassen. Auch formale

Denkstörungen seien nicht aufgetreten; das Denken sei kohärent und zielführend gewesen. Abnorme Befürchtungen, Ängste oder Zwänge habe der Versicherte nicht angegeben. Er habe sich allerdings als äusserst genau respektive perfektionistisch beschrieben. Anzeichen für Wahn, Sinnes täuschungen oder Ich-Störungen hätten sich nicht ergeben. Der Versicherte sei insgesamt recht klagsam und verbittert gewesen. Seine Beschwerden habe er recht dramatisch, jedoch ohne entsprechenden Affekt beschrieben (Urk. 6/113/29). Aus psychiatrischer Sicht sei die in früheren Berichten beschriebene Selbstunsicherheit aktuell als zwanghafte Unsicherheit zu interpretieren. Die Persönlichkeit des Exploranden weise deutliche anankastisch-zwanghafte Persönlichkeitszüge auf. Die gezielte Befragung nach depressiven und Angstsymptomen habe einen leicht auffälligen Befund ergeben. Gesamthaft habe sich ein grenzwertiges, leicht depressives Krankheitsbild mit gedrückter Stimmung, teilweiser Freudlosigkeit und stark erhöhter Ermüdbarkeit gezeigt, wobei Letztere nicht unbedingt psychisch bedingt sei. Weder Konzentration noch Aufmerksamkeit seien objektiv beeinträchtigt gewesen. Ebenso wenig sei das Selbstwertgefühl im Gespräch erniedrigt gewesen. Aktive Suizidgedanken, Schlafstörungen oder ein verminderter Appetit hätten ebenfalls nicht vorgelegen (Urk. 6/113/30). Vor diesem Hintergrund seien gegenwärtig die Kriterien einer

Dysthymie (ICD-10 F34.1) erfüllt; das Vollbild einer depressiven Störung liege demgegenüber nicht vor (Urk. 6/113/33). Gesamthaft sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht weder in der bisherigen Tätigkeit als Servicemonteur noch in einer anderen körperlich zumutbaren Tätigkeit eingeschränkt (Urk. 6/113/35).

Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, äusserte sich dahingehend, dass beim Versicherten im Jahr 2001 drei operative Eingriffe an der rechten Schulter bei vermutlicher AC-Gelenksluxation erfolgt seien. Zurzeit fänden sich in diesem Zusammenhang keine auffälligen Befunde und keine Hinweise auf eine Instabilität. Relevante Einschränkungen im Bereich des linken Kniegelenks, bei welchem im Juni 2012 eine arthroskopische

Teilmenskektomie durchgeführt worden sei, hätten sich ebenfalls nicht ergeben. Aus orthopädischer Sicht sei insgesamt festzuhalten, dass weder an den grossen und kleinen Gelenken noch im Bereich des Achsenskelettes relevante strukturelle Veränderungen hätten nachgewiesen werden können. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei nicht eingeschränkt. Das selbe gelte für angepasste Tätigkeiten, wobei eine starke Belastung des rechten Schultergelenks zu vermeiden sei (Urk. 6/113/41 ff.).

Aus internistischer Sicht habe sich der Beschwerdeführer gemäss Dr. med. L.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand befunden. Das Schlafapnoe-Syndrom sei unter Kontrolle und der Versicherte sei diesbezüglich beinahe beschwerdefrei. Objektive Anhaltspunkte für eine Ateminsuffizienz hätten sich nicht ergeben. Die Schmerzen in den Gelenken seien nach wie vor sehr unberechenbar, wobei die therapeutischen Optionen nicht ausgeschöpft seien. Die Arbeitsfähigkeit in diesem Kontext sei jedoch von einem Rheumatologen zu beurteilen. Mit Ausnahme der Arthralgien seien die internistischen Funktionen erhalten (Urk. 6/113/46 ff.).

Dem Teilgutachten von Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, ist zu entnehmen, dass in Bezug auf die myofascialen Beschwerden mit enthesopathischem Schmerzmuster ab Anfang 2016 an eine mögliche Psoriasis-

Arthropathie gedacht worden sei. Aus rheumatologischer Sicht sei dies möglich bis wahrscheinlich, aber bisher nicht zu belegen gewesen. Die aktuell vorgenommene Behandlung sei probatorischer Natur. Das Beschwerdemuster bleibe etwas unspezifisch und könne rein myofascial bedingt sein. Gesamthaft resultiere wie bereits aus orthopädischer Sicht grundsätzlich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nicht zumutbar seien in Anbetracht der Schulterproblematik und der möglichen Psoriasis- Arthropathie körperlich schwer belastende Tätigkeiten (Urk. 6/113/51 ff.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Sachverständigen zur Auffassung, dass die Arbeitsfähigkeit sowohl in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als auch hinsichtlich adaptierter ,

körperlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeiten ohne starke Belastung des rechten Schultergelenks nicht eingeschränkt sei. Retrospektiv habe einzig nach dem epileptischen Anfall vom 27. Juli bis 26. Oktober 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für eigen- und fremdgefährdende Tätigkeiten bestanden (Urk. 6/113/61). 4. 4.1

Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, die Begutachtung durch die A.____ sei alles andere als gut vorbereitet gewesen . So sei anfangs kein Rheumatologe aufgeboten worden (Urk. 1) .

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern - was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft - ein weiterer Ermessensspielraum zu. Dies beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen, wonach die Wahl der Fachrichtungen in erster Linie von den Gutachterfragen abhängt und je nach Gesundheitsschaden mehrere Fachrichtungen in Frage kommen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1). Aus dem Umstand, dass die rheumatologische Untersuchung durch Dr. M.____ erst auf Anraten des Internisten Dr. L.____ vorgenommen wurde (vgl. Urk. 6/113/48 ff.), vermag der Beschwerdeführer somit nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Viel mehr wurde durch diese nachträgliche Untersuchung eine umfassende Abklärung des Gesundheitszustandes sichergestellt. 4.2

Im Weiteren rügt der Versicherte, die Akten des D.____

seien nur unvollständig beigezogen worden. Zudem seien die Unterlagen der H.____ von Dr. B.____

mit der Begründung, diese seien unleserlich, nicht beachtet worden . Der Gutachter habe zu Unrecht keinen Kontakt mit der H.____ aufgenommen , um diesen Umstand zu klären (Urk. 1) .

In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass auch das Einholen fremd anamnestischer Auskünfte im Ermessensspielraum der Gutachter liegt. Ihnen ist somit grundsätzlich freigestellt, ob sie sich mit den behandelnden Ärzten in Verbindung setzen (Urteile des Bundesgerichts 9C_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2 und 9C_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3 mit Hinweisen). Im konkreten Fall waren den Gutachtern die im Dossier der IV-Stelle enthaltenen Berichte des D.____

bekannt (vgl. Urk. 6/113/17 f. und E. 3.1). Diese und weitere Berichte legte der Versicherte den Gutachtern anlässlich der medizinischen Untersuchungen vor , welche sodann auch zur Kenntnis genommen und in die Beurteilung miteinbezogen wurden (vgl. Urk. 6/113/19 ff. , 6/113/45, 6/113/47 und 6/113/52). Insofern kann den Gutachtern folglich kein Versäumnis

vorgeworfen werden. Dasselbe gilt in Bezug auf die Akten der H.____ beziehungsweise von Dr. I.____ . Dr. B.____

war entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers in Nachachtung der zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht verpflichtet, aufgrund der erschwerten Lesbarkeit der handschriftlichen Berichte (vgl. Urk. 6/ 80, 6/93) mit Dr. I.____ in Kontakt zu treten. Abgesehen davon lag den Gutachtern ein maschinengeschriebener Bericht der H.____ vor , in welchem - soweit ersichtlich - im Wesentlichen dieselben objektiven Befunde und Diagnosen aufgeführt wurden, wie in den handschriftlichen Berichten. Zudem wurde dort ebenfalls bis auf Weiteres eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Urk. 6/99, 6/113/15). Mit dieser Einschätzung setzte sich Dr. B.____

eingehend auseinander (vgl. Urk. 6/113/32 f.). 5. 5.1

Nach dem Gesagten kann somit festgehalten werden, dass die Expertise der A.____ vom 16. Februar 2017 auf umfassenden neurologischen, psychiatrischen, orthopädischen, internistischen und rheumatologischen Untersuchungen beruht , wobei das Gutachten in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt wurde (Urk. 6/113/7 ff.). Der Beschwerdeführer konnte gegenüber den einzelnen Sachverständigen ausserdem seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen jeweils - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 6/113/21 ff., 6/113/28 f., 6/113/37 ff., 6/113/44 ff. und 6/113/50). Die geklagten Leiden fanden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen Berücksichtigung, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt und erläutert wurden (Urk. 6/113/33 ff., 6/113/ 42 f., 6/113/48 f. und 6/113/52 ff.). Soweit möglich erfolgte überdies eine Auseinandersetzung mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen (Urk. 6/113/ 31 ff., 6/113/41, 6/113/47 f. und 6/113/52). Gesamthaft erfüllt das polydisziplinäre Gutachten somit die formellen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4). 5.2 5.2.1

Zu prüfen bleibt, ob die Expertise auch inhaltlich - insbesondere mit Blick auf die attestierte Arbeitsfähigkeit - zu überzeugen vermag. Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass dem Versicherten sowohl die angestammte Tätigkeit als Service monteur als auch adaptierte, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne starke Belastung des rechten Schultergelenks uneingeschränkt zumutbar seien (Urk. 6/113/61). 5.2.2

Soweit ersichtlich stellt dies der Beschwerdeführer in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand nicht in Frage. Die schlüssige Beurteilung der Gutachter entspricht in dieser Hinsicht denn auch derjenigen der behandelnden Ärzte. Jene attestierten aus somnologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/25/5, 6/100/8). Dr. E.____ erachtete die Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht ebenfalls nicht als eingeschränkt (Urk. 6/101/2). Anhaltspunkte für eine invalidisierende Beeinträchtigung körperlicher Art lassen sich darüber hinaus auch den Berichten des D.____ nicht entnehmen (vgl. Urk. 6/96, 6/100/7 und 6/100/12 f.).

Vor diesem Hintergrund besteht kein Anlass, die Einschätzung der Gutachter in Zweifel zu ziehen. 5.2.3

Bezugnehmend auf seinen psychischen Gesundheitszustand macht der Beschwerdeführer allerdings geltend, dass auf die Teilexpertise von Dr. B.____ nicht abgestellt werden könne. Soweit er in diesem Zusammenhang die Dauer der Untersuchung kritisiert, welche nur 40 Minuten in Anspruch genommen habe (Urk. 1) , ist anzumerken, dass die Exploration

gemäss Angaben von Dr. B.____

105 Minuten gedauert hat (Urk. 6/113/29). Davon abgesehen ist gemäss bundesgerichtlicher Praxis nicht die Dauer der jeweiligen Untersuchung massgebend, sondern in erster Linie vielmehr, ob die darauf basierenden ärztlichen Folgerungen inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_848/2012 vom 16. April 2013 E. 3.2.2 mit Hinweisen). Diese Anforderungen erfüllt das psychiatrische Teilgutachten. So legte der Sachverständige unter Berücksichtigung des von ihm erhobenen Psychostatus und in eingehender Auseinandersetzung mit den vorangegangenen Berichten der behandelnden Ärzte in nachvollziehbarer Weise dar, weshalb nicht von einer eigentlichen depressiven Störung, sondern von einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) und anankastischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) auszugehen sei (vgl. Urk. 6/113/29 ff.) .

Auch die Einschätzung, wonach die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt sei (Urk. 6/113/35 f.), vermag zu überzeugen. So können sich grundsätzlich nur schwere psychische Störungen - worum es sich bei einer Dysthymie für sich allein nicht handelt - invalidisierend auswirken. Im Einzelfall kann eine dysthyme Störung die Arbeitsfähigkeit zwar erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung auftritt (BGE 143 V 418 E. 5.2.2 und E. 8.1). Die von Dr. B.____ diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge vermögen allerdings keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden und folglich keine erhebliche Komorbidität

zu begründen .

Dasselbe gilt für die ebenfalls gestellte Z-Diagnose „ Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit “ (ICD-10 Z56 ; vgl. zum Ganzen Urteil e des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 und 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1, jeweils mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1) .

Vor diesem Hintergrund erübrigt sich die Durchführung eines vom Bundesgericht grundsätzlich für sämtliche psychischen Leiden statuierten indikatorengesteuerten Beweisverfahrens aus Gründen der Verhältnismässigkeit (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.3 und 143 V 418 E. 7.1). Ein solches erscheint überdies insbesondere auch mit Blick auf den vom Versicherten im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht von Dr. F.____ vom 24. Juli 2017 (Urk. 3) entbehrlich , da diesem kein Beweiswert beigemessen werden kann.

Der Beschwerdeführer befand sich letztmals im Januar 2015 bei Dr. F.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung (vgl. Urk. 3 S. 1, Urk. 6/87/1), weshalb der Bericht auch keine aktuell erhobenen Befunde enthält, sondern sich im Wesentlichen auf eine Wiederholung der Krankheitsgeschichte beschränkt . Diese war den Gutachtern bereits hinlänglich bekannt und wurde auch in die medizinische Beurteilung einbezogen . 5.2.4

Nach dem Gesagten vermag das Gutachten der A.____ vom 16. Februar 2017 (Urk. 6/113) auch inhaltlich - insbesondere in Bezug auf die attestierte Arbeitsfähigkeit - zu überzeugen. Gestützt darauf ging die Beschwerdegegnerin zu Recht davon aus, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt.

Von weiteren medizinischen Abklärungen

sind keine anderen entscheiderelevanten 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).

Diesbezüglich bleibt darauf hinzuweisen, dass ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten nicht stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen ist, wenn die behandelnden Arztpersonen respektive Therapeuten 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]). Wie soeben dargelegt (E. 5.2.3), lassen sich dem Bericht von Dr. F.____ vom 24. Juli 2017 gerade keine solche Gesichtspunkte entnehmen. 6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Versicherten berechneterweise verneint. Die angefochtene Verfügung vom 12. Juli 2017 (Urk. 2) ist dementsprechend nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 7.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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.