

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01091 vom 7. Oktober 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-10-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01091

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01091 du 7 octobre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01091 del 7 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 1.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a). Aus rechtlicher Sicht kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verliere (SVR 2015 IV Nr. 16 S. 45 E. 2.3 [9C_662/2013]; Bundesgerichtsurteil 9C_648/2017 vom 20. November 2017 E. 2.3.2). 2.

E. 1.3

Im Rahmen der ergänzenden Abklärungen nach erfolgter Rückweisung ergab sich, dass X. am 15. Juli 2009 einen weiteren Auffahrunfall erlitten hatte. Das Sozialversicherungsgericht zog die entsprechenden Unfallakten bei und liess die Parteien dazu Stellung nehmen (vgl. Urk. 7/121/2). Zudem veranlasste es beim

Z. ein Gerichts- resp. Ergänzungsgutachten, welches am 2. Oktober 2015 erstattet wurde (Urk. 7/114/3-29, 7/118/3-13). Mit Urteil vom 3. März 2016 wies das Sozialversicherungsgericht das Revisionsgesuch ab (Urk. 7/121). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil 8C_323/16 vom 11. August 2016 ab (Urk. 7/132).

E. 1.4

Mit Verfügung vom 6. September 2016 (Urk. 7/141) schrieb das Bundesgericht das Beschwerdeverfahren gegen das Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Mai 2012 zufolge Rückzugs der Beschwerde ab.

E. 2

X. hatte sich inzwischen am 24. April 2016 - insbesondere unter Verweis auf das Z. -Gutachten vom 2. Oktober 2015 - erneut bei der Invalidenversicherung zum Rentenbezug angemeldet (Urk. 7/124, vgl. auch Urk. 7/133, 7/149). In der Folge tätigte die IV-Stelle

weitere Abklärungen (Urk. 7/156, 7/158, 7/159; vgl. auch Urk. 7/154). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren verneinte sie mit Verfügung vom 6. September 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 2, 7/165, 7/168).

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die leistungsabweisende Verfügung damit, aus dem Z.____-Gutachten vom 2. Oktober 2015, auf welche sich der Beschwerdeführer be rufe, ergebe sich, dass einzig die neurologischen Diagnosen Au s wirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Psychiatrische Diagnosen bestünden nicht. Insgesamt sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % in der bi sherigen Tä tigkeit als Händler von Auto-Occasionen auszugehen, was einen Anspruch auf eine Invalidenrente ausschliesse (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer moniert, dass keine psychiatrische Abklärung vorgenom men worden sei. Insofern sei der Sachverhalt unvollständig abgeklärt (Urk. 1

S. 9 f.). Dem Z.____-Gutachten, welches soweit beweiskräftig sei, sei zu entnehmen, dass er unter verschiedenen Einschränkungen leide. Dies führe zu Interaktionen. Gemäss gutachterlicher Einschätzung habe sich die Arbeitsfähigkeit seit Juli 2006 schl eichend verschlechtert und habe zum Gutachtenszeitpunkt vom 1 4. Novem ber 2014 50 % betragen. Da von einer linearen Verschlechterung auszugehen sei, habe die Einschränkung per 1. Januar 2013 40 % betragen. Ab diesem Zeitpunkt sei der Anspruch auf eine halbe Invaliden rente ausgewiesen (Urk. 1 S. 8 u. 11).

E. 3

Da die IV-Stelle auf die Neuanmeldung eintrat, ist zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanmeldung relevante Veränderung bildet die Verfügung vom 1 1. November 2010 , mit welcher die Beschwerdegegnerin eine von Mai bis Sep tember 2008 befristete halbe Rente zugesprochen hat.

E. 4

1

Die IV-Stelle stützte sich im Vergleichszeitpunkt auf folgende Berichte .

E. 4.2

Gemäss dem psychiatrischen und n eurologisch-neuropsychologischen

A.____-Gutachten vom 3. Januar 2009 (Urk. 7/25/29-41) , verfasst von

Dr. med. D.____ , Fachärztin FMH für Neurologie, und Dr. med. Dr. phil. E.____ , Facharzt FMH für P sychiatrie und Psychotherapie, konnten beim Beschwerdeführer keine psy chopathologischen Veränderungen festgestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht liess sich einzig ein subklinisches affektpathologisches Beschwerdebild feststellen (Urk. 7/25/36+39).

Aus neurologischer -neuropsychologischer Sicht fanden sich bei subjektiver Ein schränkung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen seit dem Unfallereignis aktuell unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils durchwegs unauffällige Befunde. Die Ärzte hielten fest, insbesondere hätten keine Hinweise auf eine

kortikale oder subkortikale Funktionsstörung beziehungsweise für eine hirnorganisch bedingte Leistungseinschränkung bestanden. Ebenso er gebe sich gestützt auf die aktuellen Konsensuskriterien für die Feststellung einer substantiellen beziehungsweise strukturellen Hirnschädigung der diesbezüglichen massgeblichen Begutachtungsleitlinien kein Anhalt für eine im Rahmen des Un falls erlittene traumatische Hirnschädigung. Die subjektiven neurokognitiven Beschwerden seien hinreichend durch die chronifizierte Schmerzsymptomatik und müdigkeits assoziierte Interferenzen erklärbar. Eine durch das Unfallereignis bedingte dauernde oder erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität lasse sich nicht ableiten. Nach Auffassung der Gutachter blieben die vom Beschwerdeführer beschriebenen präsynkopalen Zustände unklar, die einerseits beim Stehen sowie beim Gehen ausgeprägt seien und subjektiv mit einer Gangunsicherheit und Gangabweichung einhergingen, andererseits auch beim Essen in sitzender und weniger in stehender Körperposition verspürt würden. Phänomenologie und Verlauf der Symptomatik würden gegen epileptische Anfälle sprechen (Urk. 7/25/37).

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass es dem Beschwerdeführer vor dem Hintergrund der festgestellten klinischen Schweregradbeurteilung aus neuropsychiatrischer Sicht normativ zumutbar sei, seiner angestammten Tätigkeit beziehungsweise einer ausbildungsadäquaten Verweistätigkeit im Umfange von 100 % nachzugehen. Der aus psychiatrischer Sicht zu erhebenden subklinischen bis höchstens affektpathologischen Symptomatologie komme kein Krankheitswert zu und diese habe mithin auch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/25/39-40).

E. 4.3

Im von PD

Dr. F.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin, und Rehabilitation/Rheumatologie,

Dr. G.____, Facharzt FMH für Innere Medizin/ Rheumatologie, sowie Physiotherapeutin Fünffinger verfassten Z.____-Gutachten vom 13. Juli 2009 wurden

ein zervikodisgenes Schmerzsyndrom, Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Ohnmachtsgefühle, neurokognitive Symptome, neurasthenische Symptome, eine leichtgradige affektpathologische Symptomatologie, sowie ein Status nach HWS-Distorsionstrauma diagnostiziert (Urk. 7/25/10).

Unter dem Titel „angegebene Beschwerden“ habe der Beschwerdeführer ausgeführt, er sei im Anschluss an das Unfallereignis am 4. Juli 2006 schockiert gewesen und habe Nacken- und Kopfschmerzen verspürt. In den Monaten Dezember 2006 bis Mai 2007 habe er aber weitgehend ein volles Pensum bewältigen können. Die Symptomatik habe sich verschlechtert, nachdem er beim Autofahren ein „Ohnmachtsgefühl“ gehabt habe. Danach habe er sein Pensum reduzieren müssen, im Vordergrund seien die Ohnmachtszustände, welche seinen Alltag einschränkten (Urk. 7/25/6). Laut den Gutachtern blieben die geschilderten, im Vordergrund stehenden Ohnmachtszustände ätiologisch unklar. Sie führten aus, auch eine intern-medizinische Ursache könne die Symptomatik kaum erklären. Weiter hielten die Gutachter unter Verweis auf die Ausführungen von Dr. D.____ fest, die Phänomenologie der beschriebenen Symptomatik und der bisherige Verlauf mit unveränderter Symptomatik über zwei Jahre sprächen gegen epileptische Anfälle. Ferner lägen keine Hinweise für eine milde traumatische Hirnschädigung vor. Auch eine damit zusammenhängende zervikale Funktionsstörung erscheine sehr unwahrscheinlich. Nach Auffassung der Gutachter waren sodann die Resultate der in einer Evaluation der

funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführten Belastbarkeitstests wegen Selbstlimitierung nur teilweise verwertbar. Insbesondere aufgrund der Annahme, dass sich der Beschwerdeführer keine traumatische Hirnverletzung zugezogen habe, wurden weiterhin anhaltende Unfallfolgen ausgeschlossen. Die Folgen des HWS-Distorsionstraumas seien spätestens zwei Jahre nach dem Unfallereignis abgeklungen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde sodann ausgeführt, unabhängig von der Unfallkausalität sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht ganztags und in vollem Leistungsausmass zumutbar (Urk. 7/25/8-13).

E. 4.4

Gestützt auf diese Aktenlage ging die IV-Stelle in der Verfügung vom 11. November 2010 davon aus, dass nach dem Unfall vom 4. Juli 2006 die Arbeitsfähigkeit anfänglich zu 50 % eingeschränkt gewesen sei, indessen sich der Gesundheitszustand spätestens per 30. Juni 2008 wieder verbessert habe und ab diesem Zeitpunkt von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 7/64). Diese Auffassung bestätigte das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 31. Mai 2012 (Urk. 7/83). Im Rahmen des (prozessualen) Revisionsverfahrens ergab sich, dass kein rentenbegründeter Invaliditätsgrad resultierte auch bei Berücksichtigung des MRI des Schädels vom 9. August 2012. Dabei hatten sich multiple Läsionen im Marklager und im Bereich des Crus cerebri sowie eine leichte Volumenentwicklung des Grosshirns gezeigt (Urk. 7/85/21, 7/121, 7/132).

E. 5.1

Die angefochtene Verfügung vom 6. September 2017 basierte insbesondere auf dem Z.____-Gutachten vom 2. Oktober 2015, welches vom Sozialversicherungsgericht im prozessualen Revisionsverfahren eingeholt worden war. Dieses enthält ein Hauptgutachten sowie ein von Dr. D.____ verfasstes Teilgutachten vom 20. März 2015 (vgl. Urk. 2).

Daneben lagen ein Bericht von Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, vom 10. Februar 2017 und ein Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie und Physikalische Medizin, vom 23. Februar 2017 vor (Urk. 7/156, 7/158, vgl. auch Urk. 7/164).

E. 5.2.1

Nach einer neuerlichen Untersuchung hielt Dr. D.____ im Teilgutachten vom 20. März 2015 fest, der Beschwerdeführer zeige keine Antriebs-, Initiations- oder Impulsstörungen und keine psychomotorische Hemmung oder anderweitige affektopathologische Störungsbilder. Jedoch bestünden leichte berufsrelevante neuropsychologische Funktionsdefizite. Aufgrund der neuropsychologisch-leistungspsychologischen Abklärung liessen sich hinsichtlich der kognitiven Basisfunktionen eine sprachlich betonte Lernschwäche sowie ein eingeschränktes sprachlich-konzeptuelles Denken feststellen, hinweisend auf eine links frontotemporale Funktionsstörung und gut vereinbar mit den neuroradiologisch beschriebenen Läsionen. Im Vergleich zur Erstuntersuchung vom 2008 zeige sich eine Befundverschlechterung, die sich am ehesten im Rahmen einer vaskulären Enzephalopathie erklären lasse. Unfallbedingte Läsionen seien hingegen, wie bereits im Gutachten 2008 ausgeführt, nicht objektivierbar. Eher unwahrscheinlich sei, dass die im (so genannten offenen) MRI vom 9. August 2008 beschriebenen Befunde Folgen des Unfalls vom 4. Juli 2006 seien. Vielmehr seien diese unter Berücksichtigung des vaskulären Risikoprofils mit Hypertonie und Blutdruckkrisen sowie dem fortgeführten Nikotinkonsum

gut mit mikroangiopathischen Veränderungen erklärbar. Auch die aktuell angegebenen Kopfschmerzen seien am ehesten im Rahmen der hypertonen Krisen zu beurteilen. Zu den vom Beschwerdeführer beschriebenen lageabhängigen Schwindelsymptomen erklärte Dr. D.____, es bestünde Hinweise auf einen benignen, paroxysmalen Lagerungsschwindel (Urk. 7/118/8). Bei der Befunderhebung war ein Spontan nystagmus oder Kopfschüttelnystagmus je doch nicht eruierbar . Ebenso war bei der Lagerung nach Hallpike , welche gemäss Angaben des Beschwerdeführers zu stärkstem Drehschwindel führte, unter der Fre nzelbrille kein Nystagmus sichtbar. Eine konklusive Beurteilung war letztlich kooperationsbedingt nicht möglich (Urk. 7/118/7). Zusammenfassend hielt Dr. D.____ fest, dass aufgrund der dargestellten Befunde keine durch das besagte Unfallereignis bedingte dauernde oder erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität ableitbar sei. Die Leistungsfähigkeit schätzte sie im Vergleich zur Erstuntersuchung als geringer ein. Für die angestammte Tätigkeit als Autoverkäufer sowie für jede andere bildungsadäquate Tätigkeit attestierte sie eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit durch eine adäquate Behandlung hielt sie für möglich. Explizit hielt sie fest, dass die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht unfallbedingt sei (Urk. 7/118/8-9).

E. 5.2.2

Im Z.____-Hauptgutachten vom 2. Oktober 2015, verfasst von PD Dr. F.____, Dr. D.____ und Physiotherapeut J.____, wurde ein multifaktorielles komplexes Beschwerdebild bei zervikospondylogem sowie zervikozephallem Schmerzsyndrom, myofaszial betont, Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, überlagernde Kopfschmerzen vom Spannungstyp (DD: Hypertonie bedingt), präsynkopale Ereignisse, neurokognitive Minderbelastbarkeit und neurosthenische Symptome und kardiovaskuläre Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Status nach Nikotinabusus) diagnostiziert (Urk. 7/114/10-11). Dazu wurde festgehalten, die lagebedingte Schwindel- und Übelkeitsneigung stelle ein geringeres Problem dar und sei wohl multifaktoriell bedingt im Sinne eines paroxysmalen Lagerungsschwindels in Kombination mit einer Angstkomponente (Urk. 7/114/10). Im Vergleich zur Beurteilung vom 2008 ergebe sich eine Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit bei sonst objektiv unveränderten Voraussetzungen. Diese sei aber unabhängig von den Unfallereignissen vom 4. Juli 2006 und 15. Juli 2009 zu taxieren (Urk. 7/114/11).

Insgesamt sei der Beschwerdefunktionskomplex in sich kohärent und mindestens teilweise durch die organisch-strukturellen Veränderungen erklärbar. Der Umstand, dass keine Schmerzmittel eingenommen würden, spreche für eine stärkere chronisch-zentrale Schmerzkomponente, wobei die neuropsychologische Leistungsminderung durchaus auch die Stresstoleranz indirekt beeinflussen könne. Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht ergäben sich keine relevanten Defizite hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit (Urk. 7/114/11). Andererseits bestehe doch ein nachvollziehbarer Beschwerde- und Schmerzkomplex im Bereich des Nackens und der Schulter, welcher interaktiv mit den neuropsychologischen Leistungsminderungen wirken könne. Dadurch könne auch die Arbeitsfähigkeit in einem gewissen Masse beeinflusst werden (Urk. 7/114/11).

Auf entsprechende Frage hin führten die Z.____-Hauptgutachter aus, dass Dr. D.____ bei der Erstbegutachtung auch in Kenntnis des MRI des Schädels vom 9. August 2012 zur Beurteilung gelangt wäre, dass die subjektiven neuro-kognitiven Beschwerden durch die

chronifizierte Schmerzproblematik und müdigkeitsassoziierte Interferenzen hinreichend erklärbar seien. Weiter habe Dr. D.____ bei der Erstuntersuchung die vom Beschwerdeführer beschriebenen präsynkopalen Zustände als unklar beschrieben. Auch in Kenntnis des MRI vom 9. August 2012 bleibe sie bei dieser Einschätzung (Urk. 7/114/ 13). Im Gutachten wurde sodann darauf hingewiesen, dass die (im Rahmen der neuerlichen Begutachtung abgegebene) Beurteilung von Dr. D.____

interdisziplinär -konsensuell abgeglichen worden sei und sämtliche Gutachter diese Einschätzung teilten (Urk. 7/114/16). Ein Zusammenhang zwischen den neurokognitiven Beschwerden resp. den präsynkopalen Ereignissen mit dem Unfall vom 4. Juli 2006 lasse sich nach wie vor nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herstellen (Urk. 7/114/13-14).

Die weitere Gutachterfrage, ob das MRI vom 9. August 2012 nach Ansicht von Dr. D.____ zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führe, bejahten die Z.____ -Gutachter . Sie führten dazu aus , es sei inzwischen zu einer Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit gekommen (Urk. 7/114/15). Unter Verweis auf das Teilgutachten von Dr. D.____ hielten sie fest, aus neurologisch- neuropsychologisch-verhaltensneurologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit aufgrund dieser Verschlechterung nunmehr 70 % (Urk. 7/114/16).

Die Z.____ -Gutachter erklärten weiter , aus interdisziplinärer-konsensueller Sicht ergebe sich eine gewisse Interaktion. Die neurokognitiven Defizite könnten bei erhöhten Leistungsanforderungen zu Stressreaktionen führen, welche sich in einer Erhöhung sowohl der arteriellen Hypertonie als auch der muskuloskelettalen Beschwerden äussern könnten. Insofern bestehe eine Circulus vitiosus -Situation. Konsensuell sei daher die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit höher anzusetzen. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine (ausschliesslich krankheitsbedingte) Einschränkung von 50 % im Rahmen einer Ganztagestätigkeit. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, die mit wenig Verantwortung und Erfolgsabhängigkeit verbunden sei, sei aus interdisziplinärer Sicht zu 70 % zumutbar (Urk. 7/114/16). In ihren ergänzenden Bemerkungen wiesen die Gutachter darauf hin, dass es sich hinsichtlich der in diesem Gutachten gemachten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit um ein Mischbild einer verschlechternden Gesundheitssituation und einer Neubeurteilung eines bereits bekannten Gesundheitszustandes handle. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führten sie aus, konsequenterweise sei zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung von einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit auszugehen. Schleichend sei es dann zu einer Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit ab März 2009 mit linear zunehmender Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen (Urk. 7/114/17).

E. 5.3

Dr. H.____ führte im Bericht vom 10. Februar 2017 aus, beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches Zervikalsyndrom , eine arterielle Hypertonie und eine periphere arterielle Verschlusskrankheit . Im Vordergrund stünden die Nackenprobleme. Deswegen stehe der Beschwerdeführer bei Dr. I.____ in Behandlung. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aufgrund dieser Problematik und werde vom Spezialarzt beurteilt (Urk. 7/156).

E. 5.4

Dr. I. ___ hielt im Bericht vom 23. Februar 2017 fest, er kenne den Beschwerdeführer seit der Erstkonsultation vom 17. März 2008 wegen eines chronischen zervikozephalen Syndroms. Aus rheumatologischer Sicht sei der Gesundheitszustand über die Jahre weitgehend gleichgeblieben. Von seiner Seite seien in den letzten zwei Jahren keine spezifischen Therapien mehr erfolgt. Aus rein rheumatologisch-somatischer Sicht bestünden keine objektivierbaren Veränderungen, welche eine relevante Funktionseinschränkung begründen würden (Urk. 7/158).

E. 6.1

Das Z. ___ -Gutachten vom 2. Oktober 2015 entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend. Ihm kommt somit voller Beweiswert zu. Daran ändert nichts, dass - wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt - aus rechtlicher Sicht der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden kann (vgl. dazu E. 1.2 hier vor). Davon, dass dem Z. ___ -Gutachten vom 2. Oktober 2015 grundsätzlich Beweiskraft zukommt, gehen auch die Parteien aus. Aufgrund der Berichte von Dr. H. ___ und Dr. I. ___ ist sodann ausgewiesen, dass es seither zu keiner Veränderung des Gesundheitszustands gekommen ist, wovon offenbar auch die Parteien ausgehen.

E. 6.2

Die Aktenlage ist für die streitigen Belange umfassend. Die IV-Stelle kam ihrer Abklärungspflicht vollumfänglich nach. Soweit der Beschwerdeführer moniert, es hätte eine psychiatrische Abklärung stattfinden müssen, kann ihm nicht gefolgt werden. Es bestehen keinerlei Anhaltspunkte, dass er an einer psychiatrischen Erkrankung leidet. Im A. ___ - Gutachten vom 3. Januar 2009 schloss der Psychiater Dr. E. ___ ein relevantes psychisches Geschehen aus (Urk. 7/25/39-40). Die Z. ___ -Gutachten erachteten in ihrem Gutachten vom 2. Oktober 2015 eine weitergehende psychiatrische Exploration nicht für notwendig. Im Rahmen der Neuankündigung machte der Beschwerdeführer mit keinem Wort eine Einschränkung aus psychischen Gründen geltend (Urk. 7/149). Aus den weiteren beigezogenen Akten ergeben sich keine Hinweise, dass er in einer psychiatrischen Behandlung stehen würde, was er im Rahmen der Referentenaudienz denn auch bestätigte (Prot.

S. 5). Da es an Anhaltspunkten für ein relevantes psychisches Geschehen fehlt, bestand für die IV-Stelle daher kein Anlass, eine psychiatrische Untersuchung anzuhängen. Eine Verletzung der Abklärungspflicht ist folglich zu verneinen.

E. 6.3.1

Im Z. ___ -Gutachten vom 2. Oktober 2015 gehen die Experten von einem progressiven Geschehen aus. Aus diesem Grund, aber auch aufgrund der Neuaburteilung des bereits bekannten und insoweit unveränderten Gesundheitszustands attestierten sie nunmehr eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 30% in einer leidensangepassten respektive von 50%

in der bisherigen Tätigkeit (Urk. 7/114/16-17).

E. 6.3.2

Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, hat das Sozialversicherungsgericht bereits im Urteil vom 3. März 2016 festgehalten, dass darauf nicht abgestellt werden kann (Urk. 7/121/

E. 6.4

Vor diesem Hintergrund

rechtfertigt es sich, hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf das Z.____-Hauptgutachten, sondern auf das neurologische Teilgutachten von Dr. D.____a zu stellen (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle eine über die aus neurologischer Sicht hinaus attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht anerkannte und dementsprechend von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten Tätigkeit ausging.

Da die angestammte Tätigkeit als eine angepasste Tätigkeit für den Beschwerdeführer zu qualifizieren ist (vgl. Urk. 7/118/9; E. 5.2.1 hiervor), erübrigt sich ein konkreter Einkommensvergleich zur Ermittlung des Invaliditätsgrades, weil für das Validen- und das Invalideneinkommen von gleichen Werten auszugehen ist (vgl. dazu BGE 114 V 310 E. 3a, Bundesgerichtsurteil 8C_506/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit ist dem Invaliditätsgrad gleichzusetzen. Dieser beträgt mithin 30%. Es besteht damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Im Übrigen spricht entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 12) nichts gegen die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit. Nachdem er nach wie vor als Auto-Occasionshändler arbeitsfähig ist, wenn auch in einem reduzierten Pensum, bedarf es insbesondere keiner Eingliederungsmassnahmen.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 7. 7.1

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist abzuweisen, da dem Beschwerdeführer von seiner Rechtsschutzversicherung Kostengutsprache für das vorliegende Verfahren gewährt wurde (Urk. 8, 10). 7.2

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - MLaw

Y.____ - 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Sonderegger

E. 10

).

Dr. D. ___ stellte anlässlich ihrer Zweituntersuchung am 1 4. November 2014 aufgrund der durchgeführten Leistungstests leichte neurokognitive Funktionsdefizite fest. Dies betraf das verbale Lernen und das sprachliche Konzeptuelle Denken, wo eine leichte respektive eine mittelschwere Beeinträchtigung festgestellt wurde. Sonstige weitere Funktionen blieben unauffällig (Urk. 7/118/ 10-13). In der klinischen Untersuchung waren keine Verhaltensauffälligkeiten auszumachen. Insbesondere ergaben sich keine Auffälligkeiten in der Kommunikation (Urk. 7/118/6+13). Vor diesem Hintergrund erscheint die von Dr. D. ___ attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % als Auto-Occasionshändler als grosszügig . Da die festgestellten Defizite jedoch berufsrelevant sind (vgl. auch Urk. 7/118/1 2-13), ist ihre Einschätzung nachvollziehbar.

Anders verhält es sich mit der konsensual festgelegten Arbeitsfähigkeit. Im Wesentlichen wird dabei aufgrund der myofaszial dominierten muskuloskelettalen Beschwerden, die rein aus rheumatologischer Sicht keine arbeitsrelevante Einschränkung zu bewirken vermögen, im Zusammenspiel mit Stressoren, unter anderem ausgelöst durch die neurokognitiven Defizite, auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % als Auto-Occasionshändler geschlossen. Ausgeführt wird in diesem Zusammenhang, der vom Beschwerdeführer ausgeübte Beruf sei nur teilweise optimal. Nachteilig wirkten sich die neurokognitiven Beeinträchtigungen und die Neigung zur Stressreaktion aus (Urk. 7/114/16). Dazu ist festhalten, dass – ausser nicht relevanten neurasthenischen Symptomen und einer leichtgradigen dysthymen affektopathologischen Symptomologie

- keine psychiatrischen Diagnosen bestehen (Urk. 7/25/36+39). Der Neigung zu Stressreaktionen kommt deshalb kein Krankheitswert zu. Eine über die aus neurologischer Sicht hinaus attestierte Arbeitsunfähigkeit vermag daher nicht zu überzeugen. Zu bemerken ist weiter, dass die Z. ___ -Ärzte im Gutachten vom 1 3. Juli 2009 noch ein Kräftigungsprogramm empfohlen hatten (Urk. 7/25/10). Das myofasziale Schmerzsyndrom ist also therapierbar. Ebenso ist eine Behandlung des Lage rungsschwindels möglich und auch die kardiovaskulären Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Nikotinabusus) sind reduzierbar (Urk. 7/118/ 8).

Die von den Gutachtern ins Feld geführten hypertonen Krisen sowie die nicht kontrollierte Hypertonie (Urk. 7/114/16) als Auslöser der neurokognitiven Defizite waren unter adäquater Therapie kontrollierbar und haben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/156).

Im Rahmen der Zweitbegutachtung am 17./18. November 2014 wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Infolge Selbstlimitierung und Inkonsistenzen waren die Resultate der Belastungstests teilweise nicht verwertbar (Urk. 7/114/10+12+20-29). Bei vorliegender Ausgangslage kann in dessen offen bleiben, ob es sich dabei bloss um ein verdeutlichendes Verhalten oder aber um eine rein tenausschliessende Aggravation handelt (vgl. dazu Bundesgerichtsurteil 8C_438/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 6).

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