

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01257 vom 16. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01257](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01257)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01257 du 16 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01257 del 16 novembre 2018

## Erwägungen

### E. 1

Der 1957 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete seit Januar 1988 als Polier bzw. Zeichner Telecom beim Y.\_\_\_\_ (Urk. 7/14, 7/2/5) und war dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen und bei der Pensionskasse Stadt Zürich berufsvorsorgeversichert. Am 23. März 2006 erlitt er einen Auffahrunfall, bei welchem ein Personenwagen von hinten in seinen stehenden Lieferwagen fuhr und sein Fahrzeug dadurch in die vor ihm stehenden Personenwagen geschoben wurde (vgl. Urk. 7/9/121-131). Der Versicherte war in der Folge in variierendem Umfang arbeitsunfähig (Urk. 7/9/3), wofür die Suva bis am 8. Januar 2007 Taggelder ausrichtete (Urk. 7/9/18-19).

Am 6. August 2013 meldete sich der Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2). Die IV-Stelle zog in der Folge die Akten der Suva (Urk. 7/9/1-148) und Berichte des Vertrauensarztes der Pensionskasse Stadt Zürich, Dr. med. Andreas A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, bei (Urk. 7/19) und holte einen Arbeitgeberbericht des Y.\_\_\_\_ (Urk. 7/14) sowie einen Arztbericht von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, (Urk. 7/15) ein. Mit Mitteilung vom 5. März 2014 erteilte die IV-Stelle dem Versicherten Kostengutsprache für eine einseitige Hörgeräteversorgung mit einem in der Schweiz zugelassenen Hörgerät im Betrag von pauschal Fr. 840.-- (Urk. 7/30). Im April 2014 stellte die Pensionskasse Stadt Zürich der IV-Stelle einen weiteren Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ zu (Urk. 7/32 und Urk. 7/33). Die IV-Stelle holte zudem einen Bericht des B.\_\_\_\_, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, ein (Urk. 7/34). Am 24. April 2014 wurde der Versicherte im Auftrag der Pensionskasse Stadt Zürich von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht (Urk. 7/35). Der Bericht dazu wurde der IV-Stelle von der Pensionskasse Stadt Zürich zur Kenntnis gebracht (Urk. 7/36). In der Folge gab die IV-Stelle bei der D.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Urk. 7/42, und vom 10. September 2014, Urk. 7/46), welches am 8. April 2015 erstattet wurde (Urk. 7/55). Nachdem die D.\_\_\_\_ auf Zusatzfragen der IV-Stelle (vgl. Urk. 7/56) geantwortet (Urk. 7/65) und der Versicherte einen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, eingereicht hatte (Urk. 7/63), stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 19. November 2015 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 7/67). Am 30. November 2015 reichte Dr. Z.\_\_\_\_ eine Stellungnahme zu Händen der IV-Stelle ein (Urk. 7/73) und am 4. Januar 2016 erhob der Versicherte Einwand (Urk. 7/76). Mit Eingabe vom 8. April 2016 (Urk. 7/83) reichte der Versicherte einen weiteren Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ ein (Urk. 7/82). In der Folge gab die IV-Stelle bei Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, eine weitere ärztliche Begutachtung in Auftrag (Urk. 7/101), welche am 1. Juli 2017 erstattet wurde (Urk. 7/109). Am 4. Oktober 2017

liess sich der Versicherte zum Gutachten vernehmen (Urk. 7/117). Mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (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. 1.2.1**

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).

#### **E. 1.2.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit

Hinweisen).

### **E. 1.2.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.2.4**

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

### **E. 1.3**

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.

## **E. 2**

Eventuell seien durch das Gericht Rückfragen an die psychiatrische Gutachterin Dr. med. F.\_\_\_\_ vorzunehmen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheides (Urk. 2), im Rahmen der Begutachtung durch Dr. F.\_\_\_\_ hätten die gestellten Diagnosen nicht objektiviert werden können. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. F.\_\_\_\_ basiere einzig auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Zudem werde ein hohes Aktivitätsniveau beschrieben, was nicht mit den beschriebenen Beschwerden vereinbar sei. Es sei kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer liess dagegen im Wesentlichen einwenden (Urk. 1 und Urk. 10), gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ liege ein in validisierender Gesundheitsschaden im Sinne eines fachärztlich diagnostizierten psychischen Leidens mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Das Gutachten erfülle die Voraussetzungen an beweistaugliche medizinische Gutachten. Es be ruhe entgegen der Beschwerdegegnerin auch nicht ausschliesslich auf subjektiven Angaben. Die Gutachterin habe im Zusammenhang mit der somatoformen Erkrankungskomponente die Standardindikatoren geprüft. Insgesamt werde sein psychisches Leiden aufgrund der Gewichtung der Indikatoren als arbeitsmedizinisch hochrelevant bezeichnet. Gemäss Dr. F.\_\_\_\_ seien die Schlussfolgerungen von Dr. C.\_\_\_\_ und die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit gut nach vollziehbar. Demgegenüber habe Dr. F.\_\_\_\_ das psychiatrische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ unter anderem als oberflächlich, befremdlich und nicht nachvollziehbar kritisiert. Auf das mangelhafte und unverwertbare Gutachten der D.\_\_\_\_ könne denn auch nicht abgestellt werden. Es sei bis zur Begutachtung durch Dr. F.\_\_\_\_ entsprechend der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab Datum der Begutachtung durch Dr. F.\_\_\_\_ sei, wenn überhaupt, maximal eine 50%ige Arbeitstätigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zumutbar. Die Beschwerdegegnerin dürfe nicht einfach gutachterlich nachvollziehbar hergeleitete Feststellungen zur Arbeitsfähigkeit nach ihrem Gusto abändern. Dies gelte vorliegend umso mehr, als auch RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, die gutachterliche Einschätzung geteilt habe. Die Beschwerdegegnerin verkenne, dass keine somatoforme Schmerzstörung, sondern eine somatoforme Störung diagnostiziert worden sei. Die Aussage der Beschwerdegegnerin, wonach der viele Sport bei einer somatoformen Schmerzstörung nicht nachvollziehbar sei und er ja nicht einmal Schmerzen beklage, sei daher schlicht falsch und aktenwidrig.

## **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Dr. C.\_\_\_\_ nannte in seiner zu Händen der Pensionskasse Stadt Zürich im April 2014 verfassten Beurteilung (Urk. 7/35) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/35/2): - mittelgradige bis schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (die Depression hat sich im Laufe der letzten Jahre als Reaktion und Folge des Schleudertraumas 2006 und den körperlichen Folgen entwickelt. Von einer Vulnerabilität infolge Traumatisierungen in Kindheit und Jugend muss ausgegangen werden.) - Auffahrunfall mit Schleudertrauma Mai 2006, Morbus Menière rechts, Erstdiagnose 2008, Distorsion der HWS, Status nach posttraumatischer vestibulärer Migräne, schwere Hörstörung, täglich auftretender Schwindel, Kopfschmerzen

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 7/35/2): - HWS-Distorsion 23. März 2006 durch Auffahrunfall, Zervikal- und Lumbalvertebralsyndrom, 2008 Meniskektomie laterales rechtes Knie, 2004 atypische Thoraxschmerzen ohne pathologischen Befund, 1982 Magengeschwür (*Helicobacter pylori*), Pneumonien 1984 und 1985, Meningitis im Säuglingsalter, Appendektomie im Kindesalter

In Würdigung der Krankengeschichte seit 2006 müsse festgestellt werden, dass eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit vorliege (Urk. 7/35/6).

### **E. 3.2**

Die D.\_\_\_\_-Gutachter nannten in ihrem Gutachten vom 8. April 2015 (Urk. 7/55) als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/55/46): - beginnende Gonarthrose rechts

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien (Urk. 7/55/46-47): - Status nach atypischen Thoraxschmerzen 2004, Ruhe- und Belastungs-EKG normal - Status nach Magengeschwür 1982, Status nach *Helicobacter pylori* Eradikation 1998 - Status nach Duodenalulcus 1998 - Status nach Pneumonien 1984 und 1985 - Status nach Hörsturz 2008 und 2010 - episodischer Spannungskopfschmerz, Differentialdiagnose: Migräne - Senk-Spreizfuss beidseits mit Hallux valgus rechts ohne funktionelle Beinrumpfung - mögliche Angsterkrankung mit agoraphobischen und sozialphobischen Elementen sowie Panikattacken (ICD-10 F40.01 und D41.0)

Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten oder einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes per sofort und auch retrospektiv, ex tunc, zu 100 % arbeitsfähig. Mit Ausnahme der beginnenden Gonarthrose liessen sich weder auf somatischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet nachweisbare Gesundheitsstörungen objektivieren. Dies gelte insbesondere auch für den beklagten Schwindel (Urk. 7/55/47).

### **E. 3.3**

Dr. Z.\_\_\_\_ erklärte mit Bericht an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 7. März 2016 (Urk. 7/82), die Ausführungen im D.\_\_\_\_-Gutachten seien für ihn überhaupt nicht nachvollziehbar. Die beteiligten Ärzte hätten offenbar noch nichts davon gehört, dass es neben objektivierbaren somatischen Befunden auch Funktionsstörungen gebe, welche die Arbeitsfähigkeit stark beeinflussten, im üblichen Rahmen aber nicht objektivierbar seien. Ob man dies als somatoforme Erkrankung interpretieren wolle, sei Ansichtssache. Jedenfalls sei er überzeugt, dass man dem Beschwerdeführer Unrecht tue, wenn man ihn nur nach den sogenannten objektivierbaren Symptomen beurteile. Der Beschwerdeführer sei

seiner Überzeugung nach eine ehrliche Haut und leide zurzeit nur darum weniger unter seinen Symptomen, weil er beruflich entlastet sei. Umgekehrt würde eine neue Berufsausübung die Beschwerden mit Sicherheit wieder aufflammen lassen. Er sei überzeugt, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seines angestammten Berufes seit Jahren nicht mehr arbeitsfähig sei. Ob es eine optimal angepasste Tätigkeit gebe, die er zum Beispiel im Rahmen einer 50%igen Anstellung bewältigen könne, könne er zu wenig beurteilen.

### **E. 3.4**

Dr. F.\_\_\_\_ erhob in ihrem Gutachten vom 1. Juli 2017 (Urk. 7/109) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/109/40): - somatoforme Störungen (Kopf, audiovestibuläres System, Transpiration, Schmerzen, gastrointest. ICD-10 F45.8) mit - sozialem Vermeidungsverhalten - mittelgradige agitierte depressive Episode (ICD-10 F32.1; Differential diagnose: rezidivierende depressive Störung, ICD-10 F33.1) - anamnestisch Morbus Menière (ICD-10 F54 und H81.0) - anamnestisch vestibuläre Migräne (ICD-10 F54 und G43) - akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Der Beschwerdeführer sei als Projektleiter im Elektrizitätswesen aufgrund der somatoformen Störungen mit Vermeidungsverhalten und agitierten depressiven Episoden aus rein psychiatrischer Sicht (zumindest) seit dem 14. April 2014 zwei fellos anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/109/41).

Es sei lediglich noch eine manuelle Routine-Tätigkeit ohne Erwartungen an Flexibilität vorstellbar, bei der er ruhig im eigenen Raum, buchstäblich „bodenständig“ (und genau vorgegebene) Arbeitsaufgaben (im Übrigen nicht mit gefährlichen Maschinen oder auf grosser Höhe) im eigenen Tempo ausführen könne und die Auftragsmenge immer gleich und voraussehbar bzw. ohne grosse Variabilität sei, er keinem Zeit-, Leistungs- oder Erwartungsdruck ausgesetzt sei, keine ad-hoc Lösungen in Notfallsituationen von ihm erwartet und auch keine sozialen Erwartungen an ihn gestellt würden. Ob derartige Voraussetzungen in der freien Wirtschaft gegeben seien, sei aber fraglich. Angesichts seiner Fachkenntnisse als Maurer sei beispielsweise an eine Tätigkeit als Trockenmauer-Restaurator/Hersteller, die traditionsgemäss meist in ländlicher Umgebung gefragt seien, zu denken. Jedenfalls sei auch in einer derart ideal adaptierten Tätigkeit maximal eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab Datum der Begutachtung bzw. seit dem 28. Juni 2017 gegeben (Urk. 7/109/42).

### **E. 4.1**

Wie sich aus dem oben Gesagten ergibt, liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer nach der polydisziplinären Begutachtung durch die D.\_\_\_\_ (E. 3.2), welche unter anderem eine psychiatrische Begutachtung beinhaltete, durch Dr. F.\_\_\_\_ noch monodisziplinär psychiatrisch begutachten (E. 3.4). Die Beschwerdegegnerin erachtete die erneute psychiatrische Begutachtung für angezeigt, weil das Gutachten der D.\_\_\_\_ vor der mit BGE 141 V 281 erfolgten Änderung der Rechtsprechung betreffend somatoforme Störungen erstellt worden war (vgl. Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. G.\_\_\_\_ vom 7. September 2016, Urk. 7/118/3-4). Die Beschwerdegegnerin liess dabei ausser Acht, dass eine Änderung der Rechtsprechung nicht per se die Ungültigkeit der davor verfassten Gutachten zur Folge hat (BGE 141 V 281 E. 8). Dies gilt vorliegend umso mehr, als die Gutachter der D.\_\_\_\_ gar keine somatoforme Störung erhoben hatten.

### **E. 4.2**

Das Gutachten der D. \_\_\_ erfüllt denn auch die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche medizinische Gutachten. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf eingehenden fachärztlichen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a; E. 1.3).

Entgegen des Einwandes des Beschwerdeführers (Urk. 7/76/6) ist das Gutachten auch bezüglich der geltend gemachten Probleme mit dem Gehör nachvollziehbar. So erklärte Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, welcher die neurologische Untersuchung durchführte (Urk. 7/55/23-24), eine namhafte Hörstörung liege nicht vor. Die Kommunikation sei nicht beeinträchtigt. Es habe sich auch keine wesentliche Hörminderung rechts gezeigt. Der Weber-Versuch sei (in konstant) nach rechts lateralisiert, der Rinne-Versuch sei rechts negativ gewesen, mithin seien hier allenfalls die Kriterien einer Schalleitungsstörung rechts erfüllt (deziert nicht die Kriterien einer cochleären Läsion im Sinne eines Defekts nach einem Morbus Menière). In den Lagerungsproben habe sich kein provozierbarer Nystagmus gezeigt, mithin sei eine lagerungsabhängig provozierbare vestibuläre Störung (wie vom Beschwerdeführer reklamiert) nicht objektiviert. Die wechselnden Angaben in den Sensibilitätsprüfungen sprächen gegen eine biologisch plausible Genese. Das im Rahmen der Begutachtung erstellte cerebrale MRI mit arterieller MR-Angiographie habe einen im Wesentlichen regelrechten und im Vergleich zum Februar 2012 unveränderten Befund erbracht. Insbesondere habe sich kein Anhalt für eine Läsion im Bereich der hinteren Schädelgrube und kein Nachweis einer thalamischen Läsion ergeben. Der aktenkundig erwogene Morbus Menière mit Hörminderung und Tinnitus sei somit zumindest in der Ausprägung und Krankheitswertigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit belegt. Hinsichtlich der von Ärzten des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des B. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 25. Juni 2012 (Urk. 7/34/7) erhobenen „eindeutigen Morbus Menière rechts“ hielten die Gutachter fest, dass diese Diagnose mit dem Ansprechen der Symptomatik auf das Präparat Stugeron begründet werde. Dies sei jedoch in der vorliegenden Situation (persistierende Schwindelattacken) ohne Evidenzbeleg, könne die beobachtete Besserung doch auch dem natürlichen Verlauf entsprechen (Urk. 7/55/51). Dieser Einwand der Gutachter erscheint schlüssig, geht aus den aktenkundigen Berichten des B. \_\_\_ doch hervor, dass noch im April 2012 ein Morbus Menière nur als Differentialdiagnose angeführt worden war (Urk. 7/34/9-10). Als weitere Abklärungsmassnahme wurde in der Folge lediglich am 11. Mai 2012 noch eine extra kraniale und transorbitale Farbduplex-Sonographie durchgeführt. Diese zeigte jedoch keine pathologischen Befunde (Urk. 7/34/7). Trotzdem stellten die Ärzte des B. \_\_\_ nun einen „eindeutigen Morbus Menière“ fest, wobei sie diese Diagnose explizit mit der Besserung unter Stugeron begründeten (Urk. 7/24/19). Schliesslich wiesen die Gutachter auf die HNO-ärztliche Einschätzung aus dem Jahr 2014 hin, wonach der behandelnde Facharzt Dr. I. \_\_\_ keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erkannt habe (da Fahrradfahren offenbar unproblematisch sei, sollte die Arbeitsfähigkeit in einem Büroberuf aus rein otologischer Perspektive nicht eingeschränkt sein, Urk. 7/55/52 und Urk. 7/25/5). Mit Blick auf diese Gegebenheiten ist der Schluss der Gutachter, die objektiven somatischen klinischen Befunde sprächen gegen eine namhafte Gesundheitsstörung (Urk. 7/55/47), nachvollziehbar und schlüssig.

Die Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 7. März 2016 (E. 3.3) vermag die Einschätzung der D.\_\_\_\_-Gutachter nicht in Frage zu stellen. Vielmehr bestätigte Dr. Z.\_\_\_\_ implizit, dass die Gutachter zu Recht keine bedeutenden objektivierbaren Befunde erhoben haben. Dass Dr. Z.\_\_\_\_ aus den getätigten Untersuchungen und insbesondere auch den Angaben des Beschwerdeführers andere Schlüsse als die Gutachter zog, dürfte durch die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu erklären sein (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4).

Auch die von Dr. F.\_\_\_\_ gegen das psychiatrische Teilgutachten erhobenen Einwände (vgl. insbesondere Urk. 7/109/45/47) vermögen die Beweistauglichkeit des D.\_\_\_\_-Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Dass der Begriff „Angst“ dem Beschwerdeführer fremd sein soll, schliesst nicht aus, dass aus psychiatrischer Sicht im Zusammenhang mit Angst stehende Einschränkungen vorliegen können. So sprach denn auch Dr. F.\_\_\_\_ von „Versagensängsten“ (Urk. 7/109/36). Wie Dr. F.\_\_\_\_ anführte, stellte Dr. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher die psychiatrische D.\_\_\_\_-Begutachtung durchgeführt hatte, im Ergebnis aber keine im Zusammenhang mit Angst stehende Diagnose. Dass er jedoch die Möglichkeit einer diesbezüglichen Diagnose diskutierte bzw. auch als möglich erachtete, im Ergebnis jedoch verwarf, erweist sich entgegen Dr. F.\_\_\_\_ nicht als widersprüchlich, sondern vielmehr als für den Rechtsanwender nachvollziehbare Darlegung der gezogenen Schlussfolgerungen.

Selbst wenn aber aus diagnostischer Sicht auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ – bzw. dasjenige von Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.1) – abgestellt würde, liessen sich wie nach folgend gezeigt anhand der Indikatorenprüfung funktionelle Auswirkungen mit dem nötigen Beweisgrad nicht nachweisen.

#### **E. 4.3.1**

Nachdem gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (vgl. E. 1.2.2), ist, wenn aus diagnostischer Sicht auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt wird, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anhand der vom Bundesgericht festgeschriebenen Indikatoren zu prüfen (E. 1.2.3). Dabei gilt es zu beachten, dass es nach der Rechtsprechung in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen

keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen ist, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Rechtsprechung hat seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, das heisst mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann aus rechtlicher Sicht abgewichen

werden, ohne dass ein Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlöre. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist die notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3 mit Hinweis auf Susanne Bollinger, Invalidisierende Krankheitsbilder nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, in: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2015, herausgegeben von Ueli Kieser und Miriam Lendfers, S. 114).

#### **E. 4.3.2**

Im Rahmen der Würdigung der Indikatoren ist betreffend die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ zu berücksichtigen, dass die diagnoserelevanten Befunde und Symptome nicht besonders ausgeprägt erscheinen. Hinsichtlich der diagnostizierten mittelgradigen agitierten depressiven Episode fällt auf, dass Dr. F.\_\_\_\_ eine eigentliche Antriebsschwäche verneint hat (Urk. 7/109/34). Ein Interesseverlust ist ebenfalls nicht ersichtlich, ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ doch, dass der Beschwerdeführer viel Sport treibt und ein neues Wohnmobil bestellt hat (Urk. 7/109/28-29). Der Beschwerdeführer klagt auch nicht über wesentliche psychisch bedingte Schlafstörungen (Urk. 7/109/29-30). Bezüglich der somatoformen Störung ist insbesondere zu beachten, dass gemäss Angaben des Beschwerdeführers die von ihm geltend gemachten Schwindelbeschwerden nicht dauernd bestehen, sondern durchschnittlich drei Attacken pro Woche auftraten (Urk. 7/109/31). Hinzu kommt, dass im Rahmen der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde psychosozialen Faktoren als nicht versichert auszuklammern sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_858/2017 vom 17. Mai 2018 E. 3.2). Aktenkundig sind psychosoziale Faktoren nicht unerheblich am Beschwerdebild mitbeteiligt (so etwa Urk. 7/32/5, Urk. 7/109/36: psychosoziale Konflikte im beruflichen und privaten Bereich sowie Überforderung am Arbeitsplatz; vgl. auch Schreiben des Hausarztes, wonach eine Abnahme der Symptome zu verzeichnen sei, weil der Beschwerdeführer beruflich entlastet sei, Urk. 7/82/2), womit auch aus dieser Sicht von einem eher geringen Schweregrad der geklagten Beeinträchtigung auszugehen ist.

Hinsichtlich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer während mehrerer Jahre als einzige psychiatrische Behandlung kurze Gespräche mit seinem Hausarzt in Anspruch nahm. In fachärztlich-psychiatrische Behandlung begab er sich erst im März 2017 (Urk. 7/109/25-26, 37). Eine psychopharmakologische Behandlung wurde bis zur Begutachtung bei Dr. F.\_\_\_\_ nie aufgenommen (Urk. 7/109/30 und Urk. 7/109/26). Von einer Behandlungsresistenz kann daher nicht die Rede sein.

Im Rahmen des Aspekts „Komorbiditäten“

sind nebst Begleiterkrankungen mit eigenständiger invalidisierender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) sämtliche Störungen, welchen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung bei zumessen ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1), in die Würdigung miteinzubeziehen. Entsprechend ist auch – soweit auf das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ abgestellt würde – den diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) Rechnung zu tragen, welche sich gemäss Gutachterin ressourcenhemmend auswirken. Aus somatischer Sicht besteht als einzige Diagnosen mit grundsätzlicher Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, nicht jedoch in der zuletzt vom Beschwerdeführer

ausgeübten Tätigkeiten, eine beginnende Gonarthrose rechts (E. 3.2). Die weiteren genannten somatischen Diagnosen ( Status nach atypisch en Thorax schmerzen 2004; Status nach Magengeschwür 1982; Status nach Helicobacter pylorus Eradikation 1998 ; Status nach Duodenalulkus 1998 ; Status nach Pneumonien 1984 und 1985 ; Status nach Hörsturz 2008 und 2010 ; episodischer Spannungskopfschmerz, Differentialdiagnose : Migräne ; Senk-Spreizfuss beidseits mit Hallux valgus rechts ohne funktionelle Beeinträchtigung ) sind generell ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit oder längst überwunden. Ein relevanter Einfluss auf die Ressourcen kommt den somatischen Diagnosen nicht zu.

Hinsichtlich des Komplexes „ Persönlichkeit “ ist den anankastisch-rigiden und auch histrionisch angehauchten Persönlichkeitszügen Rechnung zu tragen. Die intellektuellen Ressourcen sind gemäss Dr. F.\_\_\_\_ als durchschnittlich zu bezeichnen (Urk. 7/109/39). Auch wenn der Beschwerdeführer nicht an einer Persönlichkeitsstörung leidet, so ist seine Persönlichkeit doch – wie bereits unter dem Aspekt „ Komorbiditäten “

dargelegt – als ressourcenhemmend zu beurteilen.

Zum Komplex sozialer Kontext ist festzuhalten , dass der Beschwerdeführer mit seiner Ehefrau zusammenlebt. Diese Beziehung ist durch eine neuropsychiatrische Störung der Ehefrau belastet. Die Ehefrau ist im Alltag jedoch noch selbständig (Urk. 7/109/20). Der Beschwerdeführer und seine Ehefrau werden therapeutisch begleitet (Urk. 7/109/39). Der Beschwerdeführer hat drei Kinder. Gemäss seinen eigenen Angaben hat er mit dem ältesten Sohn, welcher im Ausland wohnt, wenig Kontakt. Mit seiner Tochter und seinem jüngeren Sohn pflegt der Beschwerdeführer hingegen regen Kontakt (Urk. 7/109/21). Er trifft zudem einen ehemaligen Arbeitskollegen alle ein bis zwei Monate (Urk. 7/109/30). Der Beschwerdeführer verfügt auch über einen geregelten Tagesablauf (Urk. 7/109/28). Insgesamt ent hält der soziale Lebenskontext des Beschwerdeführers trotz eines gewissen sozialen Rückzugs und der schwierigen Kindheit und Jugend insbesondere mit den guten und regelmässigen Kontakten mit zwei seiner drei Kinder potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 6.2).

#### **E. 4.3.3**

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Aspekts der gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar angibt, nicht mehr arbeiten zu können (Urk. 7/109/31) und über erhebliche Schwindelattacken klagt (Urk. 7/109/31), er jedoch täglich Radtouren von ein bis zwei Stunden unternimmt (Urk. 7/109/28; Urk. 7/109/31) und wandern geht (Urk. 7/109/28). Er sieht sich zudem trotz des geltend gemachten Schwindels in der Lage, mit einem Wohnmobil zu fahren (Urk. 7/109/29) und Reisen zu unternehmen (Urk. 7/55/33, 38). Er erledigt die zu Hause anfallenden administrativen Tätigkeiten, macht Küchenarbeiten (Urk. 7/109/28-29) und betätigt sich handwerklich in der Nachbarschaft (Urk. 7/55/14). Teilweise liest er zudem ein Buch, wobei er angibt, dass dies maximal für eine Stunde möglich sei (Urk. 7/109/29). Der Beschwerdeführer zeigt somit insgesamt ein hohes Aktivitätsniveau. Die Begründung der Gutachten, wonach die geltend gemachten Einschränkungen mit den Schilderungen des Alltags, welcher gehetzt-getrieben ohne gezielte sinngebende Aktivität angegangen werde, konsistent sei (Urk. 7/109/39), überzeugt nicht. Zum einen sind ihren Ausführungen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aus seinen Aktivitäten Kraft schöpft (vgl. Urk. 7/109/33, wonach

ihm Wandern und Velofahren - auch stundenlang - gut tue; Urk. 7/109/37: „ sehnsüchtig wird auch das bestellte Wohnmobil erwartet “ ). Zum anderen wäre - wollte man den geltend gemachten Schwindelattacken erheblichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers beimessen - seine Fahrtauglichkeit verkehrsmedizinisch zu überprüfen. Mithin liegt insgesamt sowohl in qualitativer wie auch in quantitativer Hinsicht ein Aktivitätsniveau vor, welches zu den geltend gemachten Einschränkungen offensichtlich kontrastiert (vgl. auch Urk. 7/55/24).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsantrags ist auszuweisen, dass der Beschwerdeführer sich trotz geltend gemachter Beschwerden seit 2010 (Urk. 7/109/24) erst im März 2017 - und damit erst während laufendem Vorbescheidverfahren - in psychiatrische Behandlung begab (Urk. 7/190/25-26) .

Psychopharmaka hat er nie eingenommen, obwohl ihm solche früher vom Hausarzt verschrieben worden waren (Urk. 7/109/30 und Urk. 7/109/26).

#### **E. 4.3.4**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die akzentuierten Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) im Rahmen der Aspekte „ Komorbiditäten “ und

„Persönlichkeit“ zwar negativ auf die Ressourcen des Beschwerdeführers auswirken. Demgegenüber sind die diagnoserelevanten Befunde nur – wenn überhaupt – leichtgradig ausgeprägt, es liegen keine Anzeichen für eine Behandlungsresistenz vor und der soziale Kontext lässt auf hinreichende Ressourcen des Beschwerdeführers schliessen. Insbesondere ergeben sich jedoch im – beweisrechtlich entscheidenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_895/2017 vom 15. März 2018 E. 2.5) – Aspekt der Konsistenz in Anbetracht des weiterhin vorhandenen hohen Aktivitätsniveaus und des behandlungsantragsmässig nicht ausgewiesenen Leidensdrucks erhebliche Inkonsistenzen. Es lässt sich daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht nachweisen.

#### **E. 5**

Nach dem Gesagten besteht beim Beschwerdeführer kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden. Es erweist sich daher als rechtens, dass die Beschwerdegegnerin einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneint hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

#### **E. 6**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel -  
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 Bundesge-  
setzes 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, 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 Hurst Wyler

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