

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01371 vom 3. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01371

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01371 du 3 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01371 del 3 gennaio 2019

Erwägungen

E. 1

6. November 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 5/119 = Urk. 2) .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG) .

Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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 ausgegli che nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein träch tigung 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 betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

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 ausgewiesen 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.

E. 2

Der Versicherte erhob am 18. Dezember 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 16. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihm

sämtliche Leistungen nach dem

Invalidenversicherungsgesetz, insbesondere eine Rente, zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung und Neubeurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S.

2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2018 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 27. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass gemäss neuem Gutachten nicht vom Bestehen einer Somatisierungsstörung, sondern von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen sei (Urk. 1 S. 1). Da keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werde, erübrige sich die Indikatorenprüfung. Eine angepasste Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht zu 90 % möglich. Unter Berücksichtigung eines Invaliditätsbedingten Abzuges von 10 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 18 %, womit kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2 S. 2).

In der Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2018 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus (Urk. 4), sie halte daran fest, dass kein rentenbegründender Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers könne sehr wohl auf das Z. ___ -Gutachten abgestellt werden (S. 1). Es beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der Vorakten ergangen. Die Gutachter hätten ihre Beurteilung der medizinischen Situation plausibel und

nachvollziehbar erläutert. Des Weiteren hätten sie sich zu den gestellten Fragestellungen, explizit auch zur Diagnosestellung der Somatisierungsstörung, geäußert. Da die Gutachter jedoch zum Schluss gelangt seien, es liege keine psychische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, erübrige sich folgedessen auch eine Prüfung der Standardindikatoren (S. 2 oben).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer zusammenfassend auf den Standpunkt (Urk. 1), die Z.____-Gutachter und die Beschwerdegegnerin würden sich ohne befriedigende Begründung über die an sich verbindlich festgestellte Diagnose gemäss Urteil des Sozialversicherungsgerichts (somatoforme Schmerzstörung und schwere Depression) vom 15. Dezember 2016 hinwegsetzen und nicht von einer Somatisierung, sondern von einer Schmerzverarbeitungsstörung ausgehen. Er sei lediglich - aber immerhin - aus somatischen Gründen zu 10 % in der Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Er sei aber gemäss den sonstigen Ausführungen im Z.____-Gutachten schon allein aus somatischer Sicht derart in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, dass ihm der ausgeglichene Arbeitsmarkt keinen derartigen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhalte, welcher es ihm ermöglichen würde, seine restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten. Daher belaufe sich das Invalideneinkommen zwangsläufig auf Fr. 0.-, weshalb bei einem Invaliditätsgrad von 100 % ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Selbst wenn dies nicht der Fall wäre, führt er aber die zahlreichen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit beim Einkommensvergleich zu einem Leidensabzug von 25 % und einem Invaliditätsgrad von mindestens 32 % und somit zu einem Anspruch zu mindest auf berufliche Massnahmen. Er sei zudem wegen der HNO-Problematik zu mehr als 10 % eingeschränkt (S. 15 Mitte). Auf das Z.____-Gutachten könne aber hinsichtlich des psychiatrischen Teils nicht abgestellt werden. Der Gutachter halte sich weder an die Regeln der ICD-

E. 2.3

Strittig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3. 3.1

Dr. med. lic. phil. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem Bericht vom 31. Januar 2013 (Urk. 5/10/23-24) aus, der Beschwerdeführer sei ihr von seiner Hausärztin Dr. B.____ zugewiesen worden und es hätten seit dem 10. Januar 2013 vier Konsultationen stattgefunden (S. 1). Als Diagnose nannte sie ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma am 15. November 2012 mit ausgeprägter Depressivität (ICD-10 F07. 2). Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einer rezidivierenden Ohrproblematik und sei bis zum Tatzeitpunkt (Hammerschlag auf den Kopf) gesund gewesen. Der Beschwerdeführer glaube sein Leben durch den Täter und die unge rechtfertigte Kündigung des Arbeitgebers zerstört. Er fürchte sich vor bleibender Leistungsunfähigkeit, habe Zukunftsängste und fürchte unter anderem wegen der Leistungsunfähigkeit von seiner Familie verlassen zu werden. Er sehe sich als Last für seine Familie, habe Insuffizienzgefühle und leide am Verlust des Selbstwertgefühls. Er könne das ihm widerfahrne Unglück nicht fassen. Wegen der ausgeprägten depressiven Symptomatik sei der Beschwerdeführer weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2). 3.2

Dr.

med. C.____, Facharzt für Neurologie, nannte im Bericht vom 4. Februar 2013 (Urk. 5/10/16-17 = Urk. 5/25/236-237) die folgenden Diagnosen: - postcommotionelles Syndrom mit/bei - Unfall am 15. November 2012 (Schlag auf den Hinterkopf) - depressive

Entwicklung - chronische migräniforme Kopfschmerzen - stark reduzierte Belastbarkeit - Hypakusis rechts mit/bei - Tinnitus

Der Beschwerdeführer habe am 15. November 2012 als Folge einer schweren Tätlichkeit durch einen Mitarbeiter (Schlag mit dem Hammer auf den Hinterkopf) eine Commotio cerebri erlitten. Eine Contusio cerebri habe im Schädel-MRI vom 10. Januar 2013 ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe sich aktuell mit typischen postcommotionellen Beschwerden mit einer ausgeprägten depressiven Entwicklung sowie chronischen migräniformen Kopfschmerzen präsentiert. Bei stark reduzierter Belastbarkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf weiteres. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei mit einer verlängerten Rekonvaleszenz-Zeit zu rechnen (S. 1). Weiter berichtete Dr. C.____ von einem normalen Status ohne sichere Hinweise auf ein neurologisches Ausfallssyndrom (S. 2) . 3.3

Im neurologischen Bericht der Rehaklinik D.____ vom 5. Juli 2013 (Urk. 5/19/98 -109 = Urk. 5/25/154-165) nannten die Ärzte die folgenden Diagnosen: - leichte traumatische Hirnverletzung mit - Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen - unspezifischer neuropsychologischer Störung aufgrund von eindeutigen Hinweisen auf eine bewusste negative Antwortverzerrung - mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1), Differential diagnose Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F32.21) - Tinnitus auris rechts mehr als links

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung vom 10. Juni 2013 habe der Beschwerdeführer meist weit unterdurchschnittliche Testergebnisse erzielt. Geprüft worden seien die basalen Aufmerksamkeitsfunktionen, einzelne exekutive Funktionen, die verbale und visuell-räumliche Merkspanne sowie visuell-räumliche Fähigkeiten. Beim Mini-Mental-Status-Test habe der Beschwerdeführer 22 von maximal 30 Punkten erreicht, was einem weit unterdurchschnittlichen Resultat entspreche. Bei alleiniger Betrachtung des kognitiven Testprofils würde man vermuten, dass eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung vorliege. Im Rahmen von zwei Symptomvalidierungstests hätten sich jedoch eindeutige Hinweise auf eine bewusste, negative Antwortverzerrung ergeben. Zudem seien die meist weit unterdurchschnittlichen Testergebnisse nicht mit den medizinischen Diagnosen vereinbar. Gemäss der Schädel-Magnet-Resonanz-Tomographie (MRT) von Januar 2013 liege keine strukturelle Hirnverletzung vor. Die Prognose einer leichten traumatischen Hirnverletzung sei grundsätzlich gut. Kognitive Defizite oder andere Beschwerden würden sich in der Regel innerhalb von drei Monaten zurückbilden. Innerhalb des kognitiven Testprofils hätten sich erhebliche Inkonsistenzen gezeigt. Die Reaktionszeiten bei einfachen Reaktionen aufgaben seien zum Beispiel deutlich langsamer gewesen als bei anspruchsvolleren Aufmerksamkeitstests. Sowohl die verzögerten Reaktionszeiten von einer Sekunde bei der tonischen Alertness als auch die erhöhten Streuungen würden auf eine negative Antwortverzerrung hindeuten. Die testpsychologisch objektiven Befunde mit schweren Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefiziten würden auch nicht zum Verhalten des Patienten passen. Im Gespräch sei keine Verlangsamung ersichtlich gewesen, zudem habe der Patient zu Beginn der Untersuchung detaillierte Angaben zu seiner Biographie und seiner Familie machen können. Im Alltag sei er seinen Auskünften zufolge imstande, selbständig die öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen. Auch dies wäre in Anbetracht der Testergebnisse nicht selbstverständlich. Die Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen kognitiven Beschwerden und der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen sei somit in Frage zu stellen. Das im

Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil besitze unter diesen Umständen keine Aussagekraft (S. 8).

Die Ärzte berichteten zudem von Inkonsistenzen im neurologischen Untersuchungsbefund (S. 10 unten f.) und bei der physiotherapeutischen Untersuchung (S. 11 oben) und erhoben in der physiotherapeutischen sowie ergotherapeutischen Untersuchung unter der Norm liegende Befunde (S. 11 Mitte).

Zum ebenfalls als Hauptsymptom geklagten Tinnitus falle auf, dass in einem ausführlichen Bericht der Oto - Rhino -Laryngologie (ORL)-Klinik des Universitätsklinikums E.____ nach einer Konsultation am 20. November 2012 eine ebenfalls bedingte Tinnitusverschlechterung fünf Tage nach dem Unfall nicht erwähnt werde, während in einem Verlaufseintrag vom 18. Dezember 2012 dieser Umstand deutlich beschrieben werde. Bei massiver Tinnituszunahme durch den Unfall lasse sich nicht nachvollziehen, warum der Versicherte im Rahmen der ORL-ärztlichen Untersuchung fünf Tage nach dem Unfall nicht darüber berichtet habe (S. 11 unten).

Der Beschwerdeführer sei im Rahmen des Abschlussgesprächs mit den beobachteten Inkonsistenzen und negativen Antwort-Verzerrungen konfrontiert und noch mals ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass bei Fehlen von strukturellen Hirnveränderungen in der zerebralen MRT aus medizinischer Sicht keine bleibende Leistungsminderung abgeleitet werden könne, und dass er in Folge dessen mit seinen ganzen Kräften an der sozialen und beruflichen Reintegration mitwirken solle, um seine emotionale, soziale und berufliche Lage wieder zu stabilisieren (S. 12). 3.4

Die Ärzte der Klinik F.____ berichteten am 6. Juli 2014 (Urk. 5/37) über die Hospitalisation vom 29. Mai bis 25. Juni 2014 und führten dazu unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe aufgrund einer grossen Sehnsucht nach seiner Familie und seinen persistierenden Schmerzen mit Tinnitus einen protrahierten Einstieg in das Therapieprogramm gefunden, habe sich aber im Verlauf allen Therapieformen öffnen können und habe diese regelmässig besucht. Im Vordergrund seien weiterhin die deutlich reduzierte Selbstwirksamkeit und die Schmerzen gestanden. Am meisten habe der Beschwerdeführer von der vorgegebenen Tagesstruktur und den sozialen Kontakten profitiert. Ausser dem habe er Schmerz copingstrategien erarbeiten können, welche er auch motiviert sei, zuhause weiterhin anzuwenden (S. 2 unten). Der Beschwerdeführer habe im Rahmen der psychosozialen Belastungen auf dem Boden einer vorbestehenden Traumatisierung im Rahmen des Unfalles ein somatisches Schmerzsyndrom entwickelt. Die Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl hätten sich durch den Unfall und die daraus entwickelten Ängste deutlich reduziert. Der Beschwerdeführer habe sich während des Aufenthaltes nicht alleine ins Freie getraut, aus Angst zu stürzen. Eigene Ressourcen hätten teilweise aktiviert werden können, wobei es immer wieder zu einer Fokussierung auf die körperlichen Beschwerden gekommen sei. Es bestehe bis zum 9. Juli 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit sei durch die behandelnde Psychiaterin zu beurteilen (S. 3). 3.5

Dr.

med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, PD. Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. I.____, Fachärztin für Oto - Rhino -Laryngologie, Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie lic. phil. K.____, Neuropsychologin, nannten im Gutachten des Zentrums L.____ vom 16. März 2015 (Urk. 5/52) die folgenden

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48 Ziff. 7): - Somatisierungsstörung
- schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome bei - narzisstisch akzentuierter
Persönlichkeit - Differentialdiagnose: zusätzliche Aggravation nicht ausgeschlossen -
Tinnitus aurium et capitis beidseits Grad II bis IV

Von neurologischer Seite hätten sich im Status vielfältige Symptome ohne objektive
fassbare Befunde im Sinne einer zentralnervösen, einer radikulären beziehungsweise
peripherneurogenen Läsion finden lassen. Ferner müsse der Status nach Schädelprellung
occipital vom 15. November 2012 mit Riss-Quetsch-Wunde (RQW) genannt werden.
Gemäss Akten sei eine Commotio cerebri mit leichter traumatischer Hirnverletzung
diagnostiziert worden. Bildgebend hätten aber abgesehen von der oberflächlichen RQW
am Kopf keine strukturellen Befunde im Sinne von posttraumatischen Veränderungen
festgestellt werden können. Bei Fehlen von strukturellen organisch-neurologischen
Befunden lasse sich die Diagnose eines psychoorganischen Syndroms nach
Schädel-Hirn-Trauma nicht stellen. Auch die mannigfaltig beklagte Schwindel-
symptomatik habe sich bei fehlenden Hinweisen auf eine vestibuläre Funktionsstörung
aus neurologischer Sicht nicht im Sinne eines „vestibulären Schwindels“ erklären lassen (S.
49 unten).

Von ORL-ärztlicher Seite würden eine chronische Otitis media

perforata rechts bei Status nach Tympanoplastik rechts wegen vorbestehender chronischer
Otitis media

perforata mit belastendem Tinnitus sowie zusätzlich unspezifische Schwindelbeschwerden
bestehen. In der Untersuchung hätten sich Hinweise auf eine mögliche zervikogene
Schwindelkomponente, aber kein Verdacht auf ein zentral- oder peripher-vestibuläres
Geschehen gezeigt. Die Untersuchung sei insgesamt deutlich erschwert gewesen, der
Versicherte habe bei den Untersuchungen mangelnde Kooperationsbereitschaft gezeigt.
Eine Verweigerung sei in früheren Berichten schon mehrfach beschrieben worden, auch
seien vereinzelt Aggravationstendenzen vermutet worden, allerdings nie im Ausmass, wie
dies bei der Untersuchung vom 12. November 2014 den Anschein gemacht habe. Besonders
auffällig sei die Tatsache gewesen, dass der Versicherte zwar im Audiogramm eine
praktische Taubheit rechts bei sozialer Taubheit links angab, mit verschlossenen Augen
aber auf leise Ansprache in ebenfalls normaler Sprachlautstärke adäquat geantwortet habe
(S. 50 oben).

Von neuropsychologischer Seite seien in den meisten untersuchten Verfahren die
Ergebnisse sehr deutlich unterdurchschnittlich gewesen. Der Versicherte habe auf eine
hilflose Art versucht, seine Probleme zu demonstrieren. Er sei in der Untersuchung auf
seine Beschwerden fixiert geblieben. Ein Screening-Verfahren zur Validität habe Hinweise
auf eine Verdeutlichungstendenz ergeben. Er habe angegeben, nichts zu können und habe
über zahlreiche Beschwerden geklagt. Der Vergleich mit der neuropsychologischen
Untersuchung der Klinik D. ___ am 11. Juni 2013 habe ähnliche Resultate gezeigt. Damals
seien auch eindeutige Hinweise auf eine bewusste negative Antwortverzerrung berichtet
worden. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich auch Hinweise
auf Verdeutlichungstendenzen und Inszenierungen von Schwierigkeiten finden lassen.

Von psychiatrischer Seite würden sich aktuell phänomenologisch ein massiv depressives
Zustandsbild mit einem BDI von insgesamt 53 von 63 Punkten finden lassen. Es sei davon
auszugehen, dass das Ereignis von November 2012 aufgrund einer massiven narzisstischen

Krönkung bei einer narzisstisch akzentuierten Persönlichkeit zu einer psychosomatischen Fehlentwicklung geführt habe mit aktuell Ausprägung in Richtung einer schweren depressiven Episode. Der Versicherte habe das Ereignis vor rund zwei Jahren heute noch nicht verarbeitet, er sei immer noch von einem tiefen Gefühl erfüllt, ungerecht behandelt worden zu sein. Des Weiteren bestehe eine ausgeprägte Somatisierungsstörung mit Somatisierungsneigung. Der Versicherte beklage multiple, wiederholt auftretende Symptome mit Betonung des Kopfes der rechten Schulter und des rechten Arms. In zahlreichen somatischen Untersuchungen sei dabei kein organisches Korrelat festgestellt worden. Es müsse auch darauf hingewiesen werden, dass eine Inkonsistenz der Beschwerdeschilderung und Präsentation beobachtet worden sei. Während der internistischen Untersuchung hätten sich keine Einschränkungen von Seiten der oberen Extremitäten finden lassen, der Versicherte habe sich ungehindert entkleiden und auch anziehen sowie die Untersuchungsfläche besteigen können. Während der neurologischen Untersuchung hingegen seien eine deutliche Schwäche sowie Sensibilitätsstörungen am rechten Arm beobachtet worden (S. 51 oben).

Zusammenfassend müsse festgehalten werden, dass die Diskrepanzen zwischen ausgeprägten geschilderten Beschwerden und weitgehend unauffälligen objektiverbaren Befunden sowie der Charakter der präsentierten Symptome und auch das Verhalten des Versicherten bei den Untersuchungen mit auffälliger aktiver Verweigerungshaltung (vor allem bei der ORL-Untersuchung) verdächtig auf eine bewusstseinsnahe Verdeutlichungstendenz und Aggravation hindeuten würden. Auch in den Akten sei von ärztlicher und von neuropsychologischer Seite aufgrund der Beobachtungen bei verschiedenen Untersuchungen der Verdacht auf eine Aggravation geäußert worden (Neurologie D. ___ Juli 2013 und Neuropsychologie D. ___ Juni 2013). Dieser Verdacht lasse sich auch nach der umfassenden gutachterlichen Untersuchung nicht vollkommen ausschließen. Während der psychiatrischen Untersuchung habe der Versicherte gehemmt und depressiv gewirkt, die Kooperation sei unauffällig gewesen. Gesamthaft habe während der psychiatrischen Exploration kein Verdacht auf Aggravation bestanden, eine solche habe sich aber auch nicht ausschließen lassen, da die psychiatrische Beurteilung sich vorwiegend auf subjektive Angaben gestützt habe (S.

51 Mitte).

Die aktuelle gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stütze sich auf die Aktenlage und auf die klinischen Beobachtungen. Unter Berücksichtigung der erhobenen Psychopathologie und der Einschränkungen im Mini-ICF könne aktuell keine verwertbare Arbeitsfähigkeit in freier Wirtschaft attestiert werden (S. 51 unten). Zu den Kriterien im Zusammenhang mit der Unzumutbarkeit der willentlichen Überwindung und des Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess hielten die Ärzte fest, ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild sei nicht diagnostiziert worden (S. 54 Ziff. 15.D.). 3.6

Med. pract. M. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 20. Mai 2015 (Urk. 5/55) unter anderem aus, im polydisziplinären Gutachten fänden sich zahlreiche somatisch unerklärbare Symptome, die auf eine Aggravation hinweisen würden. Der Gutachter bemühe sich nicht, auch unabhängig von den subjektiven Äußerungen des Beschwerdeführers die objektiven Symptome zu einer objektiven Diagnose zu bündeln. Der Befund sei eine Mischung aus subjektiven Darlegungen und objektiven Beobachtungen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass der

Beschwerdeführer gleich zeitig „schwunglos“ und „schwingungsfähig“, „manchmal auch verärgert und wütend“ sein solle. Eine gravierende Antriebshemmung sei nicht nachvollziehbar, wenn der Beschwerdeführer sich bereits im Warteraum mit dem Über setzer unterhalten und unauffällig das Untersuchungs zimmer betreten habe. Eine gravierende Antriebsstörung hätte sich auch im interpersonellen Kontakt mit dem Dolmetscher und im motorischen Bild gezeigt. Es werde keine Ant wortlatenz beschrieben, die bei einer gravie ren den Antriebsstörung auffallen würde. Es finde sich kein Beleg für die postulierte Willensschwäche.

Die Diagnose einer Somatisierungsstörung dürfe nicht gestellt werden bei be wuss ter Simulation. Der Gutachter, der sich vor allem auf die subjektiven Anga ben des Versicherten stütze, könne folgerichtig eine bewusstseinsnahe Aggrava tion nicht ausschliessen. Folglich bleibe die Diagnose einer Somati sierungsstö - rung eine unbelegte Hypothese. Weiter trage der Gutachter wenig zum positiven Leistungsbild bei und gehe wenig auf Widersprüche ein. Es finde sich keine psychiatrische Medikationsanamnese. Es bleibe unklar, ob der Befund eventuell durch eine Medikation beeinflusst gewesen sei. Weiter würden psy chosoziale Faktoren nicht differenziert dargestellt, obwohl diese im Text erwähnt seien. 3.7

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) nannte im Bericht vom 12. November 2015 (Urk. 5/71/1-3) als Diagnose ein organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma am 15. November 2012 mit ausgeprägter Depressivität (ICD-10 F07.2) und hielt dazu fest, dass sich die Befunde nicht verändert hätten (Ziff. 1.2-3). Weiter führte sie aus, dass der Beschwerdeführer weiterhin in Behandlung sei und entsprechend antidepressive Medikamente einnehme (Ziff. 3.1-2). 3.8

Dr. med. N.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. O.____ , Facharzt für Neurologie, Dr.

med. P.____ , Fach arzt für Oto - Rhino -Laryngol o gie, sowie Dr .

med. Q.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannten im polydisziplinären Gutachten des Z.____

vom 17. Juli 2017 (Urk. 5/110) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 5.1) : - höchstgradige kombinierte Schwerhörigkeit rechts - Schallempfindungsschwerhörigkeit links - Tinnitus beidseits - intermittierende Schwindelsymptomatik - beginnende mediale Gonarthrose rechts

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S.

24 Ziff. 5.2): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung; ICD-10 F54) - Verdacht auf funktionelle Gefühlsstörung rechts - arterielle Hypertonie - Zustand nach Schädelprellung mit möglicher Commotio cerebri und HWS-Distorsion ohne bleibendes Defizit - unklare Schwellung der rechten Hand (inaktivitätsbedingt?)

Der psychiatrische Gutachter führte aus, beim Beschwerdeführer besteh e diag nostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Ver stimm ungen, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen, Schlafstö rungen, Appetitverminderung mit anamnestisch Gewichtsabnahme und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Er habe auch mehrmals passive Sterbewünsche an gegeben und habe so auch demon strativ gewirkt . Es besteh e eine ambulante

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. In einer psychiatrischen Klinik sei er nie gewesen. Der Beschwerdeführer fühle sich nach einem Unfallereignis 2012 bei der Arbeit wegen Schmerzen und Tinnitus nicht mehr arbeitsfähig. Zuvor sei er stets gesund gewesen und habe zu 100 % und mit voller Leistung gearbeitet, sogar auch noch nebenbei. Er verbringe seither seinen Tag unstrukturiert, gehe keiner regelmässigen Beschäftigung nach und helfe selbst im Haushalt kaum mit, obschon er durchaus einfache Einkäufe verrichten könne. Trotzdem sei es ihm aber möglich, selber kurze Strecken Auto zu fahren. Auch Flugreisen in die Heimat Kosovo seien ihm möglich trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen. Es bestünden zwar psychosoziale Faktoren, die eine Rolle spielen könnten, mit einer nicht einfachen finanziellen Situation, indem er vom Einkommen der zu 50 % ausser häuslich erwerbstätigen Ehefrau abhängig sei. Da er anhaltend krank und arbeitsunfähig sei und auch Zuhause kaum mithelfe, komme es auch zu Spannungen in der Beziehung zur Ehefrau. Sonst bestünden keine lebensgeschichtlich schweren Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, um sich negativ auf die Gesundheitsentwicklung auszuwirken. Die deutliche Selbstlimitierung mit Inkonsistenzen würden auf die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) hinweisen. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (S.

E. 7

Abs. 2 ATSG). 1. 4

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). 1. 5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgeben

worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 10

noch an diejenigen des AMDP (S. 15 unten). Bei genauer Betrachtungsweise sei - wie es an sich das Sozialversicherungsgericht ohnehin schon im ersten Urteil vom 15. Dezember 2016 verbindlich festgestellt habe - vielmehr unter anderem auch von einer schweren Depression auszugehen. Diese sei

IV-relevant und schränke ihn ohnehin in jeglicher Tätigkeit vollständig ein (S. 15). Der Vollständigkeit halber sei auch noch erwähnt, dass die - vom Sozialversicherungsgericht im ersten Urteil bestätigte - Diagnose der Somatisierungsstörung nicht in Frage gestellt werden könne und auch der

Ausschlussgrund der Aggravation nicht gegeben sei. Für diesen Fall habe das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich in seinem Urteil vom 15. Dezember 2016 eine Rasterprüfung nach den Standardindikatoren vorgesehen. Die Z.____-Gutachter hätten von einer solchen Prüfung jedoch abgesehen und das Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich sei insofern nicht umgesetzt worden. Gleichwohl fänden sich über das ganze Z.____-Gutachten verteilt zahlreiche Ausführungen dazu, dass die Standardindikatoren im vorliegenden Fall erfüllt seien, sodass von einer Unüberwindbarkeit der IV-relevanten psychischen Erkrankung mit Krankheitswert auszugehen sei. Er sei somit auch in psychischer Hinsicht in jeglicher Tätigkeit zu 100% eingeschränkt, weshalb er bei einem Invaliditätsgrad von 100% Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 16 oben).

E. 12

Ziff. 4.1.3).

Die Störungen könnten sich gegenseitig negativ beeinflussen. Es könne zu einer erhöhten Ermüdbarkeit kommen, dem Beschwerdeführer könne aber durchaus eine Willensanstrengung zugemutet werden, um trotzdem zu arbeiten. Die Schmerzsymptomatik müsse auch aus somatischer Sicht beurteilt werden. Eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht nicht attestiert werden. Es bestehe beim Beschwerdeführer in allen seinen Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auch im Verlauf könne eine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden (S. 12 f. Ziff. 4.1.4-5).

Zum L.____-Gutachten aus dem Jahr 2015 führte der psychiatrische Gutachter weiter aus, darin seien eine Somatisierungsstörung und eine schwere depressive Episode diagnostiziert sowie narzisstische akzentuierte Persönlichkeitszüge aufgeführt worden. Es sei auch aufgeführt worden, dass differentialdiagnostisch eine zusätzliche Aggravation nicht ausgeschlossen sei. Bei akzentuierten Persönlichkeitszügen handle es sich nicht um eine Diagnose mit Krankheitswert nach ICD-10.

Die Diagnose einer Somatisierungsstörung könne nicht gestellt werden. Bei einer Somatisierungsstörung komme es zu multiplen und wechselnden Beschwerden somatischer Art. Der Beschwerdeführer

habe im heutigen Untersuchungsgespräch aber vor allem über Schmerzen im Bewegungsapparat geklagt und auch Tinnitus angegeben. Es bestünden zwar psychosoziale Belastungsfaktoren. Deutlich schwere psychosoziale Belastungen oder Konflikte würden aber nicht bestehen, sodass die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auch nicht gestellt werden könne. Differentialdiagnostisch sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in Betracht zu ziehen. Es bestünden aber doch eine Selbstlimitierung und Inkonsistenzen, sodass der Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) der Vorzug zu geben sei. Es sei nicht nachvollziehbar, dass früher eine schwere depressive Episode bestanden habe. Bei einer schweren depressiven Episode wären nämlich Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich, der Beschwerdeführer

reise aber jeweils mit dem Flugzeug in die Heimat Kosovo. Bei einer schweren depressiven Episode komme es zu schweren Konzentrationsstörungen neben Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen. Es komme zu einer Appetitverminderung mit relevanter Gewichtsabnahme und es bestehe ein deutlich verminderter Selbstwert mit negativen Zukunftsperspektiven, die allumfassend seien und nicht nur bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation bestehen würden. Es komme zudem oft auch zu Suizidalität, sodass bei einer schweren depressiven Episode eine ambulante Behandlung oft gar nicht möglich sei. Eine Aggravation mit einem deutlich nach aussen gerichteten aufmerksamkeitssuchenden Verhalten sei im Untersuchungsgespräch nicht ausgeprägt gewesen (S. 13 Ziff. 4.1.7). Die behandelnde Psychiaterin Dr. A. ____

habe schliesslich im Jahr 2015 ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma diagnostiziert und habe auch eine schwere Depressivität aufgeführt. Sie habe entsprechend keine Arbeitsfähigkeit attestiert. Ein organisches Psychosyndrom könne aber ohne den Nachweis organischer Korrelate, hier in der Bildgebung des Zentralnervensystems nach Unfall mit Schlag auf den Kopf, nicht diagnostiziert werden (S. 14 oben).

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, insgesamt sei eine deutliche Symptomverdeutlichung aufgefallen. Weder aus neurologischer noch psychiatrischer Sicht könnten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen, gleichzeitig bestehe eine leichte depressive Episode, welche sich aber nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke. Qualitativen und quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten die otorhino laryngologischen Diagnosen mit Vorliegen einer höchstgradigen kombinierten Schwerhörigkeit rechts, einer Schallempfindungsschwerhörigkeit links, eines beidseitigen dekompenzierten Tinnitus und einer intermittierenden Schwindelsymptomatik ohne Hinweise auf eine periphere vestibuläre Funktionsstörung. Der Beschwerdeführer sei für auditiv qualifizierende Tätigkeiten, Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel sowie Tätigkeiten, welche ein intaktes Richtungshören voraussetzen würden ungeeignet. Ebenso seien sturzgefährdende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Eigen- und Fremdgefährdung oder mit Notwendigkeit des berufsmässigen Führens eines Kraftfahrzeugs aufgrund der intermittierend ätiologisch unklaren Schwindelbeschwerden für den Beschwerdeführer ungeeignet. Aufgrund des dekompenzierten Tinnitus mit Sekundärproblematik bestehe

zusätzlich für sämtliche Tätigkeiten eine quantitative Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % . Aus Sicht des Bewegungsapparates könne zudem eine beginnende mediale Gonarthrose objektiviert werden, sodass dem Beschwerdeführer zusätzlich Tätigkeiten in knieender Position, Tätigkeiten mit der Notwendigkeit des Zurücklegens längerer Gehstrecken (länger als 500 Meter am Stück) mit häufigem Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Terrain nicht zugemutet werden könnten. Für alle anderen Tätigkeiten bestehe eine ganztags verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % (S. 25 Ziff. 6.2).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten würden sie davon ausgehen, dass die Angaben zur Arbeitsfähigkeit aus otorhinolaryngologischer Sicht seit dem Jahre 2012 und die Einschränkung von Seiten der medial betonten Gonarthrose seit etwa zwei Jahren unverändert gelten würden. Aus psychiatrischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 25 f. Ziff. 6.3).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Bei fehlender psychiatrischer Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe in einer leichten bis mittelschweren, adaptierten Tätigkeit eine ganztags verwertbare Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 10 % (S. 26 Ziff. 6.8).

Die Frage, ob sich die Diagnose einer Somatisierungsstörung - unter Ausklammerung von Aggravation, Selbstlimitierung und subjektiven Angaben - anhand der objektiven Befunde aus medizinischer Sicht bestätigen lasse, verneinten die Gutachter: Im Vordergrund stehe eine Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat. Bei einer Somatisierungsstörung würden hingegen multiple und wechselnde Beschwerden mit Schmerzen nicht nur im Bewegungsapparat bestehen. Es bestehe eine Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung), die im Gegensatz zu einer Somatisierungsstörung, die bei deutlich emotionalen und psychosozialen Belastungen entstehe, auf einen inadäquaten Umgang mit somatischen Beschwerden zurückzuführen sei. Dabei würden vor allem auch eine Selbstlimitierung und Inkonsistenzen bestehen (S. 27). 4. 4.1

Soweit der Beschwerdeführer verschiedentlich vorbringt, dass gemäss Urteil des hiesigen Gerichts vom 15. Dezember 2016 (Urk. 5/84) von einer Somatisierungsstörung und einer schweren depressiven Episode auszugehen und dies vom hiesigen Gericht verbindlich festgelegt worden sei, so kann ihm nicht gefolgt werden.

Die Ausführungen im Urteil des hiesigen Gerichts vom 15. Dezember 2016 zur Diagnose einer Somatisierungsstörung bezogen sich im Wesentlichen auf die Aggravationsthematik. So verneinte der RAD-Arzt med. pract. M.____ die Diagnose einer Somatisierungsstörung insbesondere im Hinblick auf die Aggravationsthematik (vgl. vorstehend E. 3.6) . In Auseinandersetzung mit der Diagnose einer Somatisierungsstörung folgte das hiesige Gericht dieser Ansicht nicht und hielt unter anderem fest, dass sich aus dem Gutachten und den übrigen medizinischen Unterlagen keine hinreichenden Anhaltspunkte ergeben würden, welche auf bewusste Simulation schliessen lassen würden und die Diagnose einer Somatisierungsstörung nicht einzig aufgrund

einer Aggravationsthematik verneint werden könne , da aggravatorisches Verhalten respektive die Darbietung körperlicher Symptome bei weitgehend unauffälligen objektivierbaren Befunden gerade dem Wesensmerkmal von somatoformen Störungen

entspricht (vgl. Urk. 5/84 S.

E. 14

E. 4 .1-4). Weiter hielt das Gericht fest, dass sich die Auswirkungen der (Tendenzen zur) Symptomausweitung und der in der Untersuchung gezeigten Selbstlimitierung und mangelnden Kooperationsbereitschaft respektive die auf Aggravation hinweisenden Umstände anhand der Ausführungen im Gutachten nicht abschliessend beurteilen lassen. Sodann erlaube die gutachterlich-psychiatrische Beurteilung keine schlüssige Beurteilung im Lichte der Indikatoren gemäss BGE 141 V 28 1. Entsprechend würden sich dem Gutachten nicht genügen d Angaben entnehmen lassen, um die Zuverlässigkeit der von ärztlicher Seite attestierte Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise den Schweregrad und die Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der psychischen Problematik aus rechtlicher Sicht beurteilen zu können.

Die Argumentation des Beschwerdeführers, wonach das hiesige Gericht mit seinen Ausführungen die Diagnose einer Somatisierungsstörung bereits verbindlich festgelegt habe, verfängt auch deshalb nicht, da beim strukturierten Beweisverfahren

nach BGE 141 V 281 unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens entscheidend ist, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Da es dem L. ___ -Gutachten an einer abschliessenden Beurteilung über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit im L. ___ -Gutachten gefehlt hatte, wurde die Sache zur ergänzenden psychiatrischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 4.2

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung recht mässig eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/ bb).

Entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 7 ff.) ist vorliegend auf das polydisziplinäre Gutachten des Z. ___ vom 17. Juli 2017 (vorstehend E. 3.8) abzustellen. Dieses Gutachten entspricht den erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1. 5). Der Beschwerdeführer wurde seinen geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht sowohl auf internistischen, neurologischen, otorhinolaryngologischen und psychiatrischen Untersuchungen, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung.

Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet.

Die Gutachter des

Z. ___ kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum nachvollziehbaren Schluss, dass beim Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des entsprechenden Belastungsprofils eine ganztags verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % bestehe (vgl. vorstehend E. 3.8) 4.3

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass es nicht zutrefte, dass er in somatischer Hinsicht in angepasster Tätigkeit lediglich zu 10 % eingeschränkt sei, vermag er dagegen keine medizinisch fundierten Argumente vorzubringen, die der Beurteilung des Z.____ entgegenstehen würden oder diese in Zweifel ziehen könnten. So finden sich in den Akten in somatischer Hinsicht denn auch keine gegenteiligen medizinischen Beurteilungen und solche werden auch vom Beschwerdeführer nicht genannt. Die vom Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift in Aussicht gestellten Unterlagen zur HNO-Problematik, welche seiner Ansicht nach seine Arbeitsfähigkeit mehr als von den Z.____-Gutachtern angenommen einschränken würden

(vgl. Urk. 1 S.

10 oben), wurden nicht nachgereicht.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers berücksichtigten die Gutachter

die bestehenden somatischen Beschwerden und kamen zum Schluss, dass die otorhinolaryngologischen Diagnosen sowie aus Sicht des Bewegungsapparates die beginnende mediale Gonarthrose einen qualitativen und quantitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Neben der quantitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % aufgrund des dekompenzierten Tinnitus mit Sekundärproblematik

stellten die Gutachter in qualitativer Hinsicht ein entsprechendes Belastungsprofil 4 auf (vgl. vorstehend E. 3.8), welches im Hinblick auf die bestehenden Diagnosen nachvollziehbar und plausibel erscheint. 4.4

Was der Beschwerdeführer gegen die Beweiskraft des Z.____-Gutachtens in psychiatrischer Hinsicht vorbringt, vermag die psychiatrische Beurteilung ebenfalls nicht umzustossen. Weshalb von einer Schmerzverarbeitungsstörung und nicht von einer Somatisierungsstörung auszugehen ist, wurde vom psychiatrischen Gutachter anhand der von ihm erhobenen Befunde nachvollziehbar hergeleitet und ausführlich

sowie in Auseinandersetzung mit dem früheren L.____-Gutachten begründet.

Weiter führte der Gutachter plausibel aus, weshalb eine schwere depressive Episode nicht diagnostiziert werden könne. So führte er unter anderem aus, dass bei schweren depressiven Episoden Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich wären, der Beschwerdeführer jedoch unter anderem mit dem Flugzeug in die Heimat Kosovo reise. Weiter führte er aus, dass es bei einer schweren depressiven Episode zu schweren Konzentrationsstörungen neben Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen komme. Es komme zu einer Appetitverminderung mit relevanter Gewichtsabnahme und es bestehe ein deutlich verminderter Selbstwert mit negativen Zukunftsperspektiven, die allumfassend seien und nicht nur bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation bestehe. Es komme oft auch zu Suizidalität, sodass bei einer schweren depressiven Episode eine ambulante Behandlung oft gar nicht möglich sei (vgl. vorstehend E. 3.8).

Soweit der Beschwerdeführer unter Nennung der Kriterien des ICD-10 dagegen vorbringt, dass sämtliche Kriterien einer schweren depressiven Episode erfüllt seien (vgl. Urk. 1 S. 13 unten f.), vermag dies nicht zu überzeugen. Der Beschwerdeführer verkennet, dass die Differenzierung zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer depressiver Episode auf einer komplexen klinischen fachärztlichen Beurteilung beruht, welche die Anzahl, Art und - eben auch - Schwere der vorliegenden Symptome berücksichtigt (vgl. dazu Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10

Kapitel V(F): Klinisch diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 171). Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers können nicht einfach nur die verschiedenen Symptome zusammengezählt werden, sondern es ist auch die Schwere zu berücksichtigen. So müssen bei einer schweren depressiven Episode neben den drei typischen Symptomen mindestens fünf andere Symptome vorhanden sein, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten. Sodann wird vorausgesetzt, dass das somatische Syndrom bei schweren depressiven Episoden praktisch immer vorhanden ist (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 174). Dass einige von den vom Beschwerdeführer aufgeführten Symptomen besonders ausgeprägt wären, wie dies das ICD-10 bei den Kriterien für die Diagnose einer schweren depressiven Episode vorgibt, ergibt sich vorliegend nicht. Der psychiatrische Gutachter des Z.____

führte diesbezüglich unter anderem aus, dass die Tatsache, dass der Beschwerdeführer selber noch Autofahre, gegen eine deutliche Konzentrationsstörung spreche (vgl. vorstehend E. 3.8). Gegen erhebliche Konzentrationsstörungen sprechen sodann die im Jahr 2013 durchgeführten neuropsychologischen Testungen der Rehaklinik D.____, welche im Rahmen von zwei Symptomvalidierungstests

eindeutige Hinweise auf eine bewusste negative Antwortverzerrung ergeben haben. Die meist weit unterdurchschnittlichen Testergebnisse seien nicht mit den medizinischen Diagnosen vereinbar, wobei sich innerhalb des kognitiven Testprofils erhebliche Inkonsistenzen gezeigt hätten (vgl. vorstehend E.

3.3). Auch in entsprechenden neuropsychologischen Untersuchungen im Jahr 2015 im Rahmen der Begutachtung des L.____ zeigte sich ein ähnliches Bild (vgl. vorstehend E. 3.5). Weiter führte der psychiatrische Gutachter des Z.____ hinsichtlich der Schlafstörungen aus, dass die Einnahme des Benzodiazepins auf die Nacht kontrolliert werden sollte - so berichtete der Beschwerdeführer, dass er nur mit Temesta schlafen könne (vgl.

Urk. 5/110 Ziff. 4.1.1.2) -, da bei einer häufigen Einnahme die Schlafstörungen noch verstärkt werden können. Besser wäre die häufige Einnahme des sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums, das der Beschwerdeführer auf die Nacht verordnet erhalte (vgl. Urk. 5/110 S. 15 Mitte).

Soweit der Beschwerdeführer schliesslich vorbringt, dass im Z.____-Gutachten in ausreichender Zahl Feststellungen gemacht würden, welche die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma erlauben würden (Urk. 1 S. 12 oben), so ist ihm entgegenzuhalten, dass sowohl die L.____-Gutachter als auch die Z.____-Gutachter eine solche Diagnose verneinten. Die Z.____-Gutachter führten hierzu aus, dass ein organisches Psychosyndrom ohne den Nachweis organischer Korrelate, vorliegend in der Bildgebung des Zentralnervensystems nach Unfall mit Schlag auf den Kopf, nicht diagnostiziert werden könne. Die Gutachter des L.____ hielten hierzu fest, dass bildgebend abgesehen von der oberflächlichen Riss-Quetsch-Wunde am Kopf keine strukturellen Befunde im Sinne von posttraumatischen Veränderungen festgestellt worden seien und sich bei Fehlen von strukturellen organisch-neurologischen Befunden die Diagnose eines psychoorganischen Syndroms nach Schädel-Hirn-Trauma nicht stellen lasse

(vgl. vorstehend E. 3.5).

Nach dem Gesagten erübrigen sich weitere Ausführungen dazu. 4.5

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E.

7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Die Ansicht der Beschwerdegegnerin, wonach sich vorliegend eine Prüfung der Standardindikatoren erübrige, da keine psychische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege (vgl. Urk. 4 S. 2), ist mit Blick auf die geänderte und oben erwähnte Rechtsprechung nicht nachvollziehbar. Gemäss neuerer Rechtsprechung sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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).

Die am 30. November 2017 geänderte Rechtsprechung hätte damit der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2018 bekannt sein müssen und es wäre folglich Sache der Beschwerdegegnerin als Rechtsanwenderin gewesen, im Rahmen der Beweiswürdigung zu prüfen, ob sich die Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt haben. 4.6

Soweit sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, dass im Z.____-Gutachten keine Prüfung der Standardindikatoren erfolgte (vgl. Urk. 1 S. 16 oben), kann ihm nicht gefolgt werden. So machte der psychiatrische Gutachter entsprechende Ausführungen zum Gesundheitsschaden, zur Persönlichkeit, zum sozialen Kontext sowie zur Konsistenz (vgl. Urk. 5/110 S. 14 ff.). 4.6.1

Der psychiatrische Gutachter des Z.____ begründete, unter Bezugnahme auf die diagnoserelevanten Befunde und deren Ausprägung, die von ihm gestellten Diagnosen einlässlich und setzte sich zudem mit früher gestellten Diagnosen auseinander (vgl. vorstehend E. 3.8 und E. 4.4). So erachtete er das depressive Zustandsbild als leichtgradig und beschrieb eine depressive Verstimmung, leichte Konzentrationsstörungen und negative Zukunftsperspektiven (vgl. Urk. 5/110 S. 14 Ziff. 4.1.10.1). Wurde wie vorliegend in tatsächlicher medizinischer Hinsicht festgestellt, es seien keine funktionellen Einschränkungen auf das psychiatrische Leiden zurückzuführen, kann aus rechtlicher Sicht kaum je von einer schweren Ausprägung des Krankheitsgeschehens ausgegangen werden. Dies lässt sich auch aus früheren Berichten schliessen. Im Bericht der Rehaklinik D.____ fällt auf, dass über eindeutige Hinweise auf eine bewusste negative Antwortverzerrung berichtet wurde und sich innerhalb des kognitiven Testprofils erhebliche Inkonsistenzen gezeigt haben. Sodann wurde die Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen kognitiven Beschwerden und der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen in Frage gestellt (vgl. vorstehend E. 3.3). In diesem Bericht wie auch im Bericht der Klinik F.____ fällt weiter auf, dass die behandelnden Fachärzte jeweils von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion

(vgl. vorstehend E. 3.4) und somit ebenfalls nicht von einem schweren depressiven Zustandsbild ausgegangen sind. Schliesslich ist nicht auszuschliessen und sogar anzunehmen, dass sich die psychiatrische Beurteilung im L.____-Gutachten vorwiegend auf subjektive Angaben stützt, wie dies im Gutachten festgehalten wurde (vgl. vorstehend E. 3.5) und worauf auch der RAD-Arzt M.____ aufmerksam machte (vgl. vorstehend E. 3.6).

4.6.2
Zum Behandlungserfolg und zur Behandlungsresistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zwar

in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung steht, diese jedoch im aktuellen Setting offenbar seit Jahren unverändert ist. So habe er seit dem Unfall ein bis drei Mal pro Monat einen Termin bei Dr. A.____ (vgl. S. 10 Ziff. 4.1.1.2 des Gutachtens).

Der Beschwerdeführer war im Jahr 2014 in einer psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik F.____ und profitierte dort von der vorgegebenen Tagesstruktur und den sozialen Kontakten. Es hätten eigene Ressourcen teilweise aktiviert werden können und der Beschwerdeführer konnte sich während der Hospitalisation psychophysisch stärken (vgl. vorstehend E. 3.4). Daraus ist ein gewisser Erfolg der stationären Therapie ersichtlich.

Der psychiatrische Behandlungsverlauf wurde im Gutachten nachgezeichnet, ebenso das bisherige Ausbleiben von Eingliederungsmassnahmen. Zu erleben den Therapieoptionen hielt der psychiatrische Gutachter des Z.____ fest, dass eine Behandlung theoretisch intensiviert werden könnte. Weiter führte er aus, dass die Einnahme des Benzodiazepins auf die Nacht sowie die Analgetikaeinnahme

kontrolliert werden sollte. Zudem erachtete er tagesstrukturierende Massnahmen als hilfreich (vgl. Urk. 5/110 S. 15 Ziff. 4.1.10.3). Nach dem Gesagten sind die Therapieoptionen noch nicht ausgeschöpft. 4.6.3

In Bezug auf die Komorbiditäten ist festzuhalten, dass otorhinolaryngologische Diagnosen vorliegen, welche den Beschwerdeführer neben entsprechenden qualitativen Einschränkungen zusätzlich in quantitativer Hinsicht im Umfang von 10 % in der Leistungsfähigkeit einschränken. Zwar hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Störungen könnten sich gegenseitig negativ beeinflussen, nannte jedoch als Resultat einer solchen Wechselwirkung einzig eine erhöhte Ermüdbarkeit (S. 13 oben). 4.6.4

Sodann äusserte sich der Gutachter zur Persönlichkeitsdiagnostik und den persönlichen Ressourcen (vgl. Urk. 5/110 S. 14 Ziff. 4.1.10.1 unten) wie auch zum sozialen Kontext (vgl. Urk. 5/110 S. 14 Ziff. 4.1.10.2).

Deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung würden nicht bestehen und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit.

Weiter ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer in einem soweit intakten Familienleben lebt, auch wenn die Beziehung zu seiner Ehefrau durch den Umstand der Erkrankung angespannt und belastet ist, wenige Kontakte hat (Urk. 5/110 S. 11 Mitte) und Ferien im Kosovo macht (gemäss Akten im Juli 2017, vgl. Urk. 5/110 S. 11 Mitte; sowie auch über die Festtage 2016, vgl. Urk. 5/110 /37). Der Beschwerdeführer geht einmal am Tag in den nahegelegenen Migros und kauft eine Kleinigkeit ein (vgl. Urk. 5/110 S. 8 Ziff. 3.1.2) und fährt kurze Strecken mit dem Auto (Urk. 5/110 S. 11 Mitte). 4.6.5

Schliesslich nahm der psychiatrische Gutachter des Z.____

auch zum Aspekt der Konsistenz Stellung

(vgl. Urk. 5/110 S. 15 Ziff. 4.1.10.4) .

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass seit 2013 eine psychiatrische und medikamentöse Behandlung

stattfindet . Eine Anpassung des therapeutischen Settings, wie beispielsweise eine Erhöhung der Therapiefrequenz oder ein Therapeutenwechsel , wurde seither nicht vorgenommen.

Bis auf die psychosomatische Rehabilitation in der Klinik F.____ im Jahr 2014, fand seither auch keine weitere stationäre Behandlung mehr statt. Weiter scheint auch die medikamentöse Behandlung, insbesondere in der Nacht ,

nicht optimal zu sein. Schliesslich hielt der psychiatrische Gutachter des Z.____ fest, dass die Medikamentenspiegel, die bestimmt worden seien, auf eine schlechte Compliance hinweisen würden (vgl. Urk. 5/110 S. 9 Ziff. 3.2.2) .

Sodann brachten die Gutachter klar zum Ausdruck, dass eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden bestehe. 4.7

Nach dem Gesagten umfasste die gutachterliche Beurteilung somit das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde.

Die Gutachter sind somit bei der Beantwortung der Frage, wie sie das Leistungsvermögen einschätzen, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, sie haben ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ihre versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt . Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob sich die Gutachter an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt haben (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist demnach zu bejahen.

Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich nach dem Gesagten

anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. 4.8

Zusammenfassend führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass der gutachterlichen Beurteilung, wonach neben der 10%igen Einschränkung auf grund der somatischen Diagnosen keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen des psychischen Leidens besteht, schlüssig und widerspruchsfrei gefolgt werden kann und somit mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass in näher umschriebenen angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 90 % besteht. 5. 5.1

Im Weiteren ist zu beurteilen, ob für den Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt realistischere geeignete Arbeitsstellen zur Verfügung stehen, an denen er

die ihm verbleibende Restarbeitsfähigkeit zumutbarerweise noch ganz oder teilweise verwerten kann. 5.2

Die Definition der Erwerbsunfähigkeit in Art. 7 ATSG setzt einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt voraus.

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes gemäss Art. 16 ATSG ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher die konkrete Arbeitsmarktlage nicht berücksichtigt und dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen (BGE 134 V 64 E. 4.2.1, BGE 110 V 273 E. 4b; vgl. auch BGE 141 V 351 E. 5.2, 141 V 343 E. 5.2). Er umschliesst einerseits ein gewisses Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 320 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 5.1 und 9C_192/2014 vom 23. September 2014 E. 3.1, je mit Hinweisen). Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die versicherte Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 131 zu Art. 28a IVG).

Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Urteil des Bundesgerichts 8C_582/2015 vom 8. Oktober 2015 E. 5.11 mit Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichtes 8C_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.2 mit Hinweis; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, Rz 132 zu Art. 28a IVG). 5.3

Das seitens der Z. ___ -Gutachter (vorstehend E. 3.8) formulierte Anforderungsprofil für eine - dem Beschwerdeführer nach dem Gesagten (vgl. vorstehend E. 4) zu 90 % zumutbare

- Tätigkeit lautet folgendermassen:

Audi t iv qualifizierende Tätigkeiten, Tätigkeiten unter erhöhtem Umgebungsgeräuschpegel sowie Tätigkeiten, welche ein intaktes Richtungshören voraussetzen würden, ebenso sturzgefährdende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Eigen- oder Fremdgefährdung oder mit Notwendigkeit des berufsmässigen Führens eines Kraftfahrzeuges seien ungeeignet. Zusätzlich können Tätigkeiten in knieender Position, Tätigkeiten mit der Notwendigkeit des Zurücklegens längerer Gehstrecken (länger als 500 Meter am Stück) mit häufigem Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Terrain nicht zugemutet werden (vgl. Urk. 5/110 S. 25 Ziff. 6.2).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin darf angenommen werden, dass auf dem hypothetischen Arbeitsmarkt genügend Tätigkeiten existieren, welche diesem Anforderungsprofil entsprechen. Es gibt in Industrie und Gewerbe einfache Hilfsarbeiten, die den obigen Anforderungen zu genügen vermögen, zu denken ist dabei an Kontroll- und Überwachungsarbeiten. Inwiefern solche Tätigkeiten nicht zumutbar sind, ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer nicht weiter ausgeführt. Es ist diesbezüglich nicht von realitätsfremden und in diesem Sinn unmöglichen oder unzumutbaren Einsatzmöglichkeiten auszugehen.

Zwar sind insbesondere infolge der otorhinolaryngologischen Diagnosen aber auch in geringerem Masse aus Sicht des Bewegungsapparates Einschränkungen vorhanden. Es kann jedoch nicht gesagt werden, dass die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. So ist der Beschwerdeführer entgegen seiner Ansicht nach wie vor im Umfang von 90 % arbeitsfähig. Weiter ist zu berücksichtigen, dass in Industrie und Gewerbe Arbeiten, welche physische Kraft verlangen, seit vielen Jahren und in ständig zunehmendem Ausmass durch Maschinen verrichtet werden, während den Überwachungsfunktionen wie auch im Dienstleistungsbereich grosse und wachsende Bedeutung zukommt.

Das Alter des (1960 geborenen) Beschwerdeführers sowie die fehlenden Deutschkenntnisse stehen der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in einer einfachen bis mittelschweren Hilfsarbeit ebenfalls nicht entgegen. Hilfsarbeiten werden auf dem hier massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ASTG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt und das Alter wirkt sich in diesen Tätigkeiten auch nicht lohnsenkend aus (AHI 1999 S. 242 E. 4a; vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 303/06 vom 17. August 2006 E. 6.2.1).

In Gesamtwürdigung der für die Zumutbarkeitsfrage im vorliegenden Fall massgebenden objektiven und subjektiven Umstände ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geeignete Arbeitsstellen zur Verfügung stehen, an denen er die ihm verbleibende Restarbeitsfähigkeit noch verwerten kann und ihm die Verwertung gestützt auf die Selbsteingliederungslast zumutbar ist.

6. 6.1

Weiter ist der durch die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen vorgenommene Einkommensvergleich zu beurteilen. 6.2

Die Beschwerdegegnerin nahm in der angefochtenen Verfügung ein Validen einkommen von Fr. 64'384.10 (Urk. 2 S. 2) an, was von Seiten des Beschwerdeführers nicht bestritten wurde

und nicht zu beanstanden ist. 6.3

Für die Bemessung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf Tabellenlöhne ab (Urk. 2. S. 2, Urk. 5/112) was ebenfalls nicht zu beanstanden ist

und vom Beschwerdeführer einzig hinsichtlich des vorgenommenen Abzugs bestritten wurde .

Die Beschwerdegegnerin nahm aufgrund der Einschränkungen des Beschwerdeführers einen leidensbedingten Abzug von 10 % vom Invalideneinkommen vor (vgl. Urk. 2 S. 2 sowie Urk. 5/112/1) . Das kantonale Gericht hat nicht ohne triftigen Grund sein Ermessen an die Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 337/06 vom 14. Juli 2006, E. 3.2). Der von der IV-Stelle unter Berücksichtigung aller Umstände vorgenommene behinderungsbedingte Abzug von 10 % erweist sich vorliegend als nicht unangemessen und es sind insbesondere keine triftigen Gründe ersichtlich, aufgrund welcher das Gericht vom Ermessen der Verwaltung abweichen sollte. Damit resultiert insgesamt ein Invaliditätsgrad von 18 % , weshalb dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung zusteht. 6. 4

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tomas Kempf -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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