

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01384 vom 8. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01384

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01384 du 8 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01384 del 8 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978, hat an der Y.____ eine Ausbildung zum Primarlehrer absolviert (Urk. 5/4/5). Ab Juni 2008 arbeitete er als Hortleiter für die Z.____, zuletzt in einem geringen Pensum (Urk. 5/ 23 /1).

Am 24. November 2013 meldete er sich unter Hinweis auf chronische Schmerzen im Schulterbereich aufgrund einer Fraktur des rechten Schlüsselbeins im Alter von fünf Jahren bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 5/4).

Zur Klärung der aktuellen Situation führte die IV-Stelle am

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allg. Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 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. 1.3.1

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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausge wiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3.2

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 einzu schätzen (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 Anspruchslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweibelastete 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. 1.3.3

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. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2017 (Urk. 2) zusammengefasst den Standpunkt, aufgrund der medizinischen Unterlagen sei von einer somatoformen Schmerzproblematik auszugehen. Somatisch bestehe kein objektivierter langandauernder Gesundheitsschaden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hortleiter entspreche einer angepassten Tätigkeit und sei dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht vollumfänglich zumutbar. Eine psychische Komorbidität bestehe in Form einer leichten depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Gemäss den medizinischen Unterlagen habe sich sein Gesundheitszustand verbessert. Es sei kein erheblicher respektive langandauernder psychischer Gesundheitsschaden ausgewiesen (Urk. 5/126/1).

In Bezug auf die vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren geltend gemachten Einwände merkte die IV-Stelle sodann an, dass das in Auftrag gegebene B.____-Gutachten ergeben habe, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Hortleiter weiterhin zu 80 % zumutbar sei. Bei seinem Erstgespräch habe er angegeben, dass er – wenn es sein Gesundheitszustand zulassen würde – in einem Pensum von 80 % arbeiten würde. Somit sei davon auszugehen, dass für dieses Wunsch-Pensum keine Einschränkungen vorliegen würden und kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 5/126/2). 2.2

Der Versicherte wendete in seiner Beschwerdeschrift vom 27. Dezember 2017 ein, die IV-Stelle stütze sich lediglich auf das B.____-Gutachten und gehe auf seinen Einwand – verfasst durch Dr. A.____ – gar nicht ein. Insbesondere werde die gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode (ICD-10: F33.1), nicht anerkannt. Weiter bestehe die Diagnose somatische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F. 45.4) und eine Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren und zwanghaften Anteilen (ICD-10 Z73.1). Ausserdem werde nicht darauf eingegangen, dass er 2016 und 2017 mehrfach hospitalisiert gewesen sei und die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung sowohl dort, als auch von seiner derzeitigen Psychotherapeutin Dr. phil. C.____, eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin, bestätigt

worden sei beziehungsweise werde. Die Schmerzstörung sei gemäss dieser Fachleute nicht Grund für seine Depression sondern Ausdruck davon. Aktuell gehe es ihm dank intensiver-psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung etwas besser, in den letzten Jahren habe sich allerdings gezeigt, dass seine Depression sehr schwanke und er deswegen auch keiner Arbeit nachgehen könne (Urk. 1). 3. 3.1

Im Jahr 2008 war der Versicherte in der D.____ des E.____ wegen Verdachts auf somatoforme Schmerzstörung mit chronischen Schmerzen im Bereich des rechten Hemithorax in Behandlung. Die behandelnden Ärzte führten im Konsiliarbericht vom 3. Juni 2008 aus, dass sich für die angegebenen Schmerzen keine entsprechenden pathologischen Befunde finden liessen und es keinen Sinn mache, weiterhin im somatischen Bereich zu suchen. Der Schwerpunkt sei auf den psychischen Bereich zu legen (Urk. 5/15). 3.2

Im Februar/ März 2009 war der Versicherte in der Orthopädie der F.____ in Zürich vorstellig geworden.

Die behandelnden Ärzte stellten die Diagnose einer verkürzten konsolidierten, konservativ behandelten Clavicula-Fraktur rechts von 1984 mit einer Verkürzung von 1,5 cm. Bei ansonsten unauffälligen Befunden mit keinen Einschränkungen im Alltag, rieten sie von einer operativen Verlängerung der rechten Clavicula dringend ab, da sich die Situation dadurch eher verschlechtere (Urk. 5/16). In der Folge wandte sich der Versicherte im Oktober 2010 an das G.____. Nach umfangreichen Abklärungen konnten keine pathologischen Befunde erhoben werden, weshalb der Versicherte zur Abklärung einer eventuellen Schmerztherapie an das H.____ überwiesen wurde (Urk. 5/17). Trotz umfangreicher Abklärungen konnten auch die behandelnden Ärzte des H.____ 2010/2011 keine Ursache der geltend gemachten, stark einschränkenden Schmerzsymptomatik ausmachen. Ihrer Meinung nach komme aus psychiatrischer Sicht als Differentialdiagnose eine somatoforme Schmerzstörung auf dem Boden einer selbstunsicheren Persönlichkeit in Frage. Es liege am ehesten eine funktionelle Problematik zu Grunde, welche probatorisch mit dem Therapieverfahren der Neurodynamik angegangen werden könne. Der Versicherte werde neuraltherapeutisch begleitet. Eine begleitende Gesprächstherapie könne aber eventuell eine Linderung der Beschwerden bringen (Urk. 5/3). 3. 3

Vom 28. Januar bis 2. Februar 2015 befand sich der Versicherte im I.____ der J.____ und vom 9. bis 23. Februar 2015 sowie vom 5. März bis 23. April 2015 in der K.____

auf der L.____ beziehungsweise auf der M.____ der J.____

in stationärer Behandlung (Urk. 5/44, 5/45, 5/50). Med. pract. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, von der J.____

stellte in ihrem Bericht vom 19. Mai 2015 zuhanden der IV-Stelle als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

eine seit Monaten bestehende mittel gradige depressive Episode bei persistierender Schmerzsymptomatik (ICD-10: F32.1) sowie eine seit Jahren bestehende chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Bei Austritt des Beschwerdeführers

aus der Klinik bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, die bisherige Tätigkeit sei jedoch nach einem langsamen Wiedereinstieg zu maximal 40 % zumutbar (Urk. 5/45/ 1 ff.). 3.

E. 4

Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin,
diagnostizierte

in seiner vertrauensärztlichen Untersuchung vom 19. Juni 2015 zuhanden der Pensionskasse der Z.____ eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichtgradige, anhaltende depressive Störung. Zudem führte er aus, dass die Schmerzen im Bereich der rechten Schulter psychischer Natur seien. Der Beschwerdeführer sei in seinem bisherigen Pensum arbeitsfähig, wobei eine Steigerung des Arbeitspensums auf 60 % möglich sei. Zwar sei die Prognose unsicher, er rechne aber nicht mit einer baldigen weiteren Besserung, die dann eine vollständige Arbeitsfähigkeit möglich machen würde (Urk. 5/60/2). 3.5

Der Versicherte hatte sich ab Januar 2014 in die psychiatrische Therapie von Dr. A.____ begeben. In seinem Bericht vom 5. Juli 2015 stellte der Arzt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/50/1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht (ICD-10: F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4).

Er gehe davon aus, dass der Beschwerdeführer seine Tätigkeit als Primarlehrer krankheitsbedingt nicht mehr ausüben könne. Bei der Tätigkeit als Hortleiter handle es sich um eine angepasste Tätigkeit, für welche wahrscheinlich eine Arbeitsunfähigkeit von 30-50 % bestehe (Urk. 5/50/3). Prognostisch gehe er davon aus, dass bei kontinuierlicher Therapie eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit innert zwei Jahren möglich sei (Urk. 5/50/2). 3.

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das polydisziplinäre B.____-Gutachten vom 29. September 2017 (Urk. 5/122) abgestellt hat.

Das B.____-Gutachten basiert auf umfassenden internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Abklärungen, in deren Rahmen insbesondere auch Laboruntersuchungen sowie diverse Röntgen

durchgeführt wurden (Urk. 5/122/3). Die Expertise wurde ferner in detaillierter Kenntnis der Vorakten erstellt (Urk. 5/122/20 ff.). Der Versicherte konnte gegenüber den einzelnen Gutachtern seine aktuellen Beschwerden schildern und wurde von diesen - soweit fachspezifisch erforderlich - eingehend befragt (Urk. 5/122/5 ff., 5/122/87 ff. und 5/122/101 ff., 5/122/110 ff.). Die geklagten Leiden wurden im Rahmen der Feststellung der Diagnosen berücksichtigt, wobei sowohl diese als auch die aus medizinischer Sicht resultierenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit überzeugend dargelegt und erläutert wurden (Urk. 5/122/14 ff., 5/122/95 ff. und 5/122/105 ff., 5/122/115 ff.). Soweit möglich setzten sich die Gutachter ausser dem mit vorangegangenen ärztlichen Beurteilungen auseinander (Urk. 5/122/14 ff., 5/122/16, 5/122/87 ff., 5/122/96, 5/122/100, 5/122/115 ff.). Insgesamt erfüllt das Gutachten die formalen Kriterien für eine beweiswerte medizinische Expertise (vgl. E. 1.4).

E. 4.2.1

Dass eine relevante, die vor der Anmeldung bei der Invalidenversicherung ausgeübte Tätigkeit als Hortangestellter oder auch als Primarlehrer einschränkende Arbeitsunfähigkeit

aus objektivierbaren, somatischen Gründen vorliegen würde, geht aus dem Gutachten nicht hervor und wird vom Versicherten auch nicht geltend gemacht. Die Schulterbeschwerden, die der Versicherte immer wieder beklagt, sind im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen zu sehen und zu würdigen; dies scheint der Beschwerdeführer selber nun auch so zu akzeptieren, wie die psychiatrische Gutachterin darlegte (Urk. 5/122/95). Relevant für die Würdigung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit sind somit einzig die psychiatrischen Befunde und gestellten Diagnosen.

Dr. S.____ konnte im Rahmen ihrer Untersuchung eine depressive Symptomatik, schädlichen Cannabiskonsum, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren feststellen (Urk. 5/122/95). Das sowohl

Dr. Q.____ im Abschlussbericht der J.____ vom 25. Mai 2016, als auch Dr. A.____ in seinem Bericht vom 30. Mai 2016 von einer chronischen Schmerzproblematik und einer Persönlichkeitsakzentuierung ausgingen, besteht kein Grund, an diesen Diagnosen zu zweifeln (vgl. Urk. 5/84/2, 5/91/1). Hinsichtlich dem diagnostizierten schädigenden Cannabiskonsum ist anzumerken, dass der Beschwerdeführer selber ausführte, aufgrund der Schmerzproblematik seit 2012 täglich vier bis fünf Joints zu rauchen (vgl. Urk. 5/122/90 f.), weshalb auch auf diese Diagnose für die Entscheidungsfindung abzustellen ist. Strittig ist hingegen der Schweregrad der depressiven Symptomatik, da die behandelnden Ärzte diesbezüglich weitgehend eine mittelgradige Episode diagnostizierten (vgl. Urk. 5/63/1, 5/91, 5/119/1). Entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode, werde nicht anerkannt (vgl. Urk. 1), ist Dr. S.____ nicht entgangen, dass der Krankheitsverlauf von Schwankungen im Sinne eines phasenweisen Auftretens depressiver Episoden geprägt ist (vgl. Urk. 5/122/95). Dr. S.____ erläuterte in schlüssiger Weise, dass aufgrund der erhobenen Befunde (Urk. 5/122/93 f.) aktuell von einem eher leichtgradig depressiven Zustandsbild auszugehen ist (Urk. 5/122/95). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit entscheidend ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_228/2013 vom 26. Juni 2013 E. 4.1.4 mit Hinweis). Von den gutachterlich erwähnten Diagnosen ist daher im Nachfolgenden auszugehen.

E. 4.2.2

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit gingen die Gutachter als Folge des diagnostizierten depressiven Leidens und der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Primarlehrer von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Für die bisherige Tätigkeit als Hortleiter als auch für eine angepasste Tätigkeit attestierten sie retrospektiv seit 200

E. 4.2.3

Das B.____-Gutachten vom 29. September 2017 wurde vor der Rechtsprechungsänderung zum strukturierten Beweisverfahren für nunmehr sämtliche psychischen Erkrankungen erstellt. 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). Für die im Gutachten diagnostizierten psychischen Erkrankungen fand die neue Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 bereits im Zeitpunkt der Gutachtenserstellung Anwendung. Die Gutachter haben zu den jeweiligen Indikatoren Stellung genommen (vgl. Urk. 5/122/14 ff., 5/122/95 ff., 5/122/105 f., 5/122/115 f.), womit eine Überprüfung anhand der praxisgemäss massgeblichen Standardindikatoren im Sinne vorstehender E. 1.3.3 nichts im Wege steht. Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem Prüfungsraster gemäss BGE 141 V 218 erübrigt sich nur dann, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1). Im vorliegenden Fall liegen keine Anzeichen für eine Aggravation oder ähnliche Erscheinungen vor, was auch die Gutachter festhielten (vgl. Urk. 5/122/14, 5/122/96, 5/122/116).

E. 4.3.1

Zunächst ist auf den funktionellen Schweregrad der Erkrankung einzugehen und damit im Zusammenhang auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome des Krankheitsgeschehens (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Bei der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ist insbesondere dem diagnoseinhärenten Schweregrad einer somatoformen Schmerzstörung Rechnung zu tragen. Die Diagnose setzt voraus, dass der Schmerz in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen verursacht (vgl. Urteil 9C_481/2015 vom 16. Februar 2016 E. 4.2.3). Bei der Begutachtung klagte der Beschwerdeführer über seit dem 19. Lebensjahr bestehende chronische Schmerzen im Bereich der Schulter, welche einen sehr hohen Wert auf der VAS-Skala erreichen würden, permanent vorhanden seien und ihn an der Ausübung einer höherprozentigen Arbeit oder an der Gestaltung seines Alltags behindern (Urk. 5/122/90, 5/122/95). Weil gemäss Gutachter für diese Beschwerden kein organisches Substrat nachweisbar ist (Urk. 5/122/5, 5/122/105), sind die diagnostischen Voraussetzungen zwar gegeben, jedoch liegen insgesamt keine besonders ausgeprägten Befunde vor. Der Beschwerdeführer schilderte einen strukturierten und von verschiedenen Aktivitäten geprägten Alltag (Urk. 5/122/92 f., 5/122/102, 5/122/113). Während der Dauer der Exploration beantwortete er die gestellten Fragen prompt und direkt und wirkte nicht auffällig depressiv, lachte zwischen durch sogar des Öfteren (Urk. 5/122/8). Aus psychiatrischer Sicht konnte eine eingeschränkte Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit festgestellt werden, wohingegen die übrigen Parameter des funktionellen Niveaus unter Berücksichtigung des Tagesablaufes und der erhobenen Befunde als nicht weitgehend gestört betrachtet wurden (Urk. 5/122/14, 5/122/95 f.).

Der Beschwerdeführer präsentierte sich im Zeitpunkt der Begutachtung in einer leicht depressiven Episode. Neben einem schädlichen Cannabiskonsum, mit welchem er versucht seine Schmerzsymptomatik zu therapieren, sind ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge zu berücksichtigen, welche dem Beschwerdeführer das Auffinden von geeigneten Coping-Strategien zur Bewältigung seiner Krankheitsproblematik erschweren (Urk. 5/122/95).

Die diagnoserelevanten Befunde treten damit gesamthaft in nicht sehr gravierender Weise auf.

E. 4.3.1.3

sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4).

E. 4.3.2

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz (Verlauf und Ausgang von Therapien; BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) hielten die Gutachter fest, die intensive psychotherapeutische und psychiatrische leitliniengerechte Behandlung sei fortzusetzen. Ausserdem sei die psychopharmakologische Therapie weiterzuführen, wobei möglicherweise eine Anpassung zu überlegen respektive eine Reduktion der Benzodiazepine anzustreben sei. Hinsichtlich des schädlichen Gebrauches von Cannabis wiesen die Gutachter darauf hin, dass der Konsum ungünstig sei, da daraus psychische Verhaltensstörungen resultieren könnten (Urk. 5/122/16). In Bezug auf die Prognose durch die medizinischen Massnahmen halten die Gutachter fest, dass bei Fortsetzung der leitliniengerechten Therapie mit einer weiteren Stabilisierung und Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei (Urk. 5/122/17). Unter diesen Umständen kann nicht von einem definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation des Beschwerdeführers durchgeführten Therapie gesprochen werden (Bundesgerichtsurteil 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.4). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kann demnach davon ausgegangen werden, dass keine Therapieresistenz vorliegt, sondern verschiedene Behandlungsoptionen noch nicht ausgeschöpft wurden.

E. 4.3.3

Als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten fallen - nebst Begleiterkrankungen mit eigenständiger invalidisierender Bedeutung (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) - Beschwerden in Betracht, welchen im konkreten Fall ressourcenhemmende

Wirkung beizumessen ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Hierzu ist zu bemerken, dass gewisse Wechselwirkungen zwischen der depressiven Störung und der chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren nachvollziehbar erscheinen, dieser Komorbidität allerdings kein entscheidendes Gewicht beizumessen ist (vgl. BGE 141 V 282 E. 4.3.1.3). Dabei ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die diagnoserelevanten Befunde lediglich leichtgradig ausgeprägt waren und dementsprechend keine erheblichen Ressourcen zu rauben vermochten. Hinsichtlich der von Dr. S.____

in ihrem psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge, welche sich erschwerend auf die Bewältigung der Erkrankung des Beschwerdeführers auswirken würden (Urk. 5/122/96), bleibt anzumerken, dass insbesondere die akzentuierten Persönlichkeitszüge, welche gemäss bundesgerichtlicher Praxis für sich keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen vermögen, nicht als Komorbidität einzustufen sind (vgl. BGE 141 V 281 E.

E. 4.3.4

In Bezug auf die im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2) zu prüfen den Merkmale (Persönlichkeitsentwicklung und – struktur , grundlegende psychische Funktion) ist dem B.____ - Gutachten zu entnehmen, dass die erwähnten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge negativ ins Gewicht fallen (Urk. 5/122/15). Gemäss den Ausführungen von Dr. S.____ halte sich der Beschwerdeführer im Kontaktverhalten zurück, imponiere psychomotorisch ver langsamt und vermeide längerfristige Beziehungen beziehungsweise sei von diese n offenbar schnell überfordert. Diese Persönlichkeitsaspekte lassen auf eine Einschränkung der Ressourcen wegen mangelnder Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit sowie Flexibilitäts- und Umstellfähigkeit schliessen (vgl. Urk. 5/122/95). Demgegenüber nannten die Gutachter als mobilisierende Ressourcen seine Intellektualität, die ihm bei der Krankheitsbewältigung helfen könne, seine abgeschlossene Berufsausbildung , inklusive seine beruflichen Erfahrungen , sowie sein erfolgreich absolvierter Auslandsaufenthalt (Urk. 5/122/96). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer erneut plant, ins Ausland zu gehen sowie in eine eigene Wohnung zu ziehen (Urk. 5/122/96) , was positiv er Ausdruck seiner Leistungsfähigkeit ist .

E. 4.3.5

In Bezug auf den Indikator des sozialen Kontextes führten die Gutachter zwar aus, dass der Beschwerdeführer über relativ wenige soziale Bindungen verfüge und alleinstehend sei (Urk. 5/122/15) , aus den Schilderungen des Beschwerdeführers geht allerdings hervor, dass er zusammen mit zwei anderen Personen in einer Wohngemeinschaft lebt und über einen Kollegenkreis verfügt. Die Kollegen treffe er vor allem am Wochenende oder am Abend, da diese berufstätig seien. Ausser dem sei er in den Social Media aktiv und besuche seinen Vater und seine Geschwister einmal im Monat . Am Wochenende gehe er zudem in den Ausgang (Urk. 5/122/93). Das soziale Netzwerk des Versicherten hält mithin für ihn mobilisierende Ressourcen bereit.

E. 4.4.1

Zur gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen beim Thema Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer habe seine Beschwerden glaubhaft geschildert, schätze sich jedoch deutlich er herabgesetzt leistungsfähig ein, als dies von ihm anhand des Alltags berichtet worden sei (Urk. 5/122/15). Aufgrund des vom Versicherten geschilderten Tagesablaufs ist nämlich festzustellen, dass er einigen Aktivitäten – wie etwa Zeitung lesen, Musik hören, im Internet surfen, Zeit im Schrebergarten verbringen, Fischen, Fitnesstraining, Gerätetraining, Einkäufe, Kochen – nachgeht (Urk. 5/122/92 f., 5/122/102, 5/122/113). Von einer gleichmässigen Reduktion des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbelangen (berufliche und persönliche Aktivitäten) kann daher nicht ausgegangen werden.

E. 4.4.2

Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in dem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Nicht von der Hand zu weisen ist, dass sich der Beschwerdeführer seit 2007 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung bei verschiedenen Psychotherapeuten befindet und auch in Kliniken war (Urk. 5/122/95). Gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht allerdings, dass der Medikamentenspiegel unter dem therapeutischen Bereich lag (Urk. 5/122/15, 5/122/97). Dies deutet insgesamt

auf einen nicht besonders ausgeprägten Leidensdruck hin.

E. 4.5

Die Gutachter erachteten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hortleiter als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit für zumutbar (Urk. 5/122/15). Angesichts des nicht erheblichen funktionellen Schweregrades der diagnostizierten Gesundheitsschädigungen, der vorhandenen persönlichen und sozialen Ressourcen, der mangelnden Behandlungsresistenz und des Fehlens eines erheblichen Leidensdrucks ist diese Einschätzung gestützt auf das strukturierte Beweisverfahren nicht zu beanstanden. Insgesamt kommt dem B.____ -Gutachten somit die nötige Beweiskraft zu (vgl. E. 1.4).

E. 4.6

Zusammenfassend steht gestützt auf das B.____ -Gutachten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer aus medizinisch-theoretischer Sicht in der Lage ist, eine körperlich schwere (nicht über 30 kg), mittelschwere und leichte Tätigkeit ohne dauerhaftem Steigen von Leitern, Treppen und Anstiegen im Umfang von 80 % auszuüben, wobei Einschränkungen in Bezug auf die Schnelligkeit, kognitive Flexibilität, Umstellungsfähigkeit sowie auf die Durchhaltefähigkeit gewürdigt werden müssen. Darunter fällt nach der Einschätzung der Experten auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hortleiter (Urk. 5/122/16). Demzufolge hat die IV-Stelle zu Recht den Rentenanspruch verneint und im gleichen Zug erübrigte sich die weitere Durchführung eines Einkommensvergleichs beziehungsweise die Berechnung des Invaliditätsgrades.

Angesichts der beweiskräftigen medizinischen Beurteilungsgrundlagen besteht im Übrigen kein Anlass für weitere Abklärungen (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3).

Da sich die angefochtene Verfügung vom 21. November 2017 (Urk. 2) somit als rechtens erweist, ist die Beschwerde abzuweisen. 5.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung und ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis I VG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzu setzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. 5. Juli bis und mit 1. 5. August sowie vom 1. 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

E. 6

Gemäss Verlaufsbericht vom 13. November 2015 von med. pract . N.____

befand sich der Versicherte vom 26. August 2015 bis 4. November 2015 erneut auf der M.____

der J.____

in stationärer Behandlung. Die Ärztin stellte dem Versicherten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/63/1) : - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), bei Austritt leichtgradig, aktuelle Episode seit August 2015 - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), seit dem 18. Lebensjahr - Persönlichkeitsakzentuierung mit insbesondere zwanghaften und selbstunsicher-leistungsorientierten Anteilen (ICD-10: Z73.1), seit der Jugend.

Die depressive Symptomatik habe sich im Behandlungsverlauf von einer mittelgradigen bei Eintritt, hin zu einer leichtgradigen bei Austritt gebessert. Zum Austrittszeitpunkt habe aufgrund der Symptomatik für die bisherige Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Wiederaufnahme der Arbeit als Hortleiter beim bisherigen Arbeitgeber sei im Rahmen eines Arbeitsversuches mit 100 % Arbeitsunfähigkeit per sofort möglich.

In den kommenden Wochen bis Monaten werde eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis zu 50 % erwartet. Für eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aufgrund der persistierenden chronischen Schmerzproblematik sowie funktionellen persönlichkeitsbedingten Einschränkungen längerfristig maximal 50 % arbeitsfähig (Urk. 5/63/2).

Im Dezember 2015 startete der Beschwerdeführer ein externes Jobcoaching mit Unterstützung einer Case-Managerin der P.____ (Urk. 5/71), welches indessen zu keiner wesentlichen Steigerung der Arbeitsleistung des Beschwerdeführers führte und aufgrund der per 31. Mai 2016 erfolgten Kündigung beendet werden musste (Urk.

5/72-75). 3.7

Vom 11. Januar 2016 bis 8. April 2016 befand sich der Beschwerdeführer in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (Tagesklinik) in der J.____.

Dr. med. Q.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, nannte in ihrem Abschlussbericht vom 25. Mai 2016 folgende Diagnosen (Urk. 5/91): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) -

Persönlichkeitsakzentuierung mit insbesondere zwanghaften und selbst unsicheren-leistungsorientierten Anteilen (ICD-10: Z73).

Der Beschwerdeführer habe an fünf Tagen die Woche an einem integrierten psychiatrischen Behandlungsprogramm teilgenommen. Insgesamt habe durch die Behandlung eine Stabilisierung erreicht und Perspektiven erarbeitet werden können. Eine starke Ruhelosigkeit sei zwar geblieben, der Umgang damit habe sich aber durch die Aktivierung anderer wichtiger Bereiche im Leben wie Freizeit und berufliche Perspektiven verbessert (Urk. 5/91/1 f.). 3 .8

Der Beschwerdeführer begab sich schliesslich freiwillig vom 29. Dezember 2016 bis 26. Januar 2017 und vom 7. Februar bis 15. März 2017 in die psychiatrisch-psychotherapeutische Priv atklinik R.____.

Im Bericht zuhanden der IV-Stelle stellten die behandelnden Arztpersonen die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 5/119/1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) - Schmerzen in den Extremitäten: Schulterregion (Klavikula, Skapula , Akromioklavikular -, Schulter-, Sternoklavikulargelenk ; ICD-10 : M79.61).

W ährend der stationären Behandlung sei der Versicherte vollständig arbeitsun fähig gewesen . Für die Arbeitsfähigkeit danach verwiesen die Ärzte auf die Einschätzung der nachbehandelnden Ärzte (Urk. 5/119/3 f.).

Der behandelnde Dr. A.____ hielt im Schreiben vom 3 0. Mai 2016 fest, aufgrund seiner Beurteilung bestehe eine längerfristige mindestens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, dies aufgrund der persönlichkeitsbedingten Einschränkungen und der rezidivierenden depressiven Störung bei gleichzeitig bestehendem chronischem Schmerzproblem, das als Ausdruck eines psychischen Dauerstresses verstanden werden könne. Er erachte eine psychiatrische Begutachtung als sinn voll und unumgänglich, um das Ausmass der Arbeitsfähigkeit verlässlich beur teilen zu können (Urk. 5/84/2). 3.9

Das polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 29. September 2017 basiert au f den vorhandenen Akten (Urk. 5/122/20-30, 5/122/87 -90), auf internistischen , psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen (Urk. 5/122/3) sowie den in diesem Zusammenhang erfolgten Angaben des Beschwerdeführers. Folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgestellt (Urk. 5/122/10): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.0) - psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide , schädlicher Gebrauch (ICD-10: F12.1) - aktenanamnestisch seit 2012 - akzentuierte Persönlichkeitszüge, ängstlich-vermeidend (ICD-10: Z73.0) - chronische Schmerzen des rechten Schultergürtels unklarer Ätiologie (ICD-10: M79.61) - Status nach Malunion Clavicula rechts bei - Status nach Clavicula-Fraktur konservativ behandelt 1984 - Verkürzung circa 1,5 cm - keine fokalen neurologischen Ausfälle nachweisbar - kein Hinweis auf radikuläres Schmerzsyndrom - Restbeschwerden Hüfte links bei Status nach gemischtem femoro-azetabulärem

Impingement beidseits (ICD-10 : M79.65) - Status nach Hüft-Arthroskopie links am 11. Januar 2012 - Status nach Hüft-Arthroskopie rechts am 7. November 2012 - c hronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Experten lediglich eine seit der Kindheit bestehende Facialisparese rechts (ICD-10: F45.41), welche zwar ätiologisch unklar, am ehesten aber im Zusammenhang mit einer Windpockeninfektion entstanden sei (Urk. 5/122/10).

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. S.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, geht hervor, der Beschwerdeführer habe über chronische Schmerzen im rechten Schulterbereich geklagt.

Die depressive Symptomatik sei rückblickend episodisch aufgetreten, habe sich allerdings seit dem Suizid seiner Mutter 2007 verstärkt. Nach längerer psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung könne der Beschwerdeführer die Schmerzproblematik besser reflektieren und sehe auch eine psychische Beteiligung (Urk. 5/122/95). Er sei freundlich und gepflegt gewesen und habe detailliert Auskunft gegeben. Insgesamt habe er etwas eingeschränkt schwingungsfähig sowie in seiner Psychomotorik verlangsamt gewirkt. Anhaltspunkte für kognitive Defizite, formale oder inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Zwänge hätten sich nicht eruieren lassen. Seine Durchhaltefähigkeit, Flexibilität sowie Umstellungsfähigkeit seien in mittelgradigem Masse eingeschränkt. Es bestehe auch ein leichter sozialer Rückzug. Der Beschwerdeführer habe sich von Suizidalität klar distanziert. Der Nachtschlaf sei gestört bei Verdacht auf Durchschlafstörungen und bei sehr langen Bettzeiten (Urk. 5/122/93 f.). Hinsichtlich der Diagnosen äusserte sich Dr.

S.____ in dem Sinne, dass aktuell ein eher leichtgradiges depressives Zustandsbild vorliege, jedoch jederzeit mit einem Rückfall und einer Zunahme der depressiven Symptomatik zu rechnen sei. Zudem liege ein schädlicher Cannabiskonsum vor, mit dem der Versicherte die Schmerzsymptomatik zu therapieren versuche. Erschwerend kämen ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge hinzu, die dem Versicherten das Auffinden von geeigneten Copingstrategien erschwerten. Ausserdem bestehe ein Schmerzsyndrom, welches sich nicht vollkommen mit somatischen Befunden erklären lasse (Urk. 5/122/95). Sowohl in seiner bisherigen Tätigkeit als Hortleiter als auch in einer angepassten Tätigkeit sei er – aktuell sowie retrospektiv seit 2007 – zu 80 % arbeitsfähig. Trotz voller Arbeitsunfähigkeit während den Klinikaufhalten sei von einer durchschnittlichen 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 5/122/97).

PD Dr. med. T.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seiner orthopädischen Teilexpertise aus, die Schmerzsymptomatik im Bereich der Schulter rechts sei bei unauffälligen Untersuchungsbefunden nicht erklärbar. Auch die vom Versicherten beschriebene freie Belastungsfähigkeit beim Tragen von Gewichten im Fitnessstudio und beim Bewirtschaften seines Gartens spreche aus orthopädischer Sicht gegen eine belastungs- und arbeitsfähigkeitsrelevante Schultergürtelpathologie. Im Bereich der Hüfte beidseits finde sich eine Einschränkung der Aussenrotation und Innenrotation und eine minimale Beinlängendifferenz, welche den Beschwerdeführer aktuell jedoch in seinem Alltag nicht einschränke (Urk. 5/122/105). In seiner bisherigen Tätigkeit als Hortleiter sei er aus orthopädischer Sicht vollumfänglich arbeitsfähig. Eine Unterbrechung dieser Arbeitsfähigkeit habe jeweils nur für circa sechs Wochen postoperativ nach der Hüftgelenksarthroskopie links am 11. Januar 2012 und der Hüftgelenksarthroskopie rechts am 7. November 2012 bestanden. Im Hinblick auf eine angepasste Tätigkeit sei der Versicherte für schwere körperliche Arbeiten mit Gewichtsbelastungen über 30 kg und dauerhaften

Steigen von Leitern, Treppen und Anstiegen vollumfänglich arbeitsunfähig. Für alle anderen schweren, mittelschweren und leichten körperlicher Arbeiten sei er hingegen uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 5/122/106).

Im

neurologischen Teilgutachten von Dr. med. U.____, Assistenzärztin Neurologie, sowie Dr. med. V.____, Facharzt FMH für Neurologie, wurde festgehalten, dass eine mundastbetonte Facialisparesie rechts vorhanden sei, sowie ein Schmerzsyndrom, welches sich aus neurologischer Sicht ätiologisch nicht einordnen lasse. Im Hinblick auf die chronischen Schmerzen habe sich kein Hinweis auf eine radikuläre Ausfallsymptomatik finden lassen, sodass diese am ehesten im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung einzuordnen sei. Bereits im Konsiliarbericht vom 3. Juni 2008 der D.____ sei festgehalten worden, dass eine weitere Ursachensuche der Beschwerden im somatischen Bereich nicht zielführend sei und der Schwerpunkt auf den psychischen Bereich gelegt werden müsse. Angesichts der erhobenen neurologischen Befunde, der Anamnese und der vorliegenden Befunde sei dieser Einschätzung zu folgen (Urk. 5/122/115 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Hortleiter als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Auch retrospektiv bestehe seit 2007 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, wobei die Klinikaufenthalte, bei welchen jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, zu berücksichtigen seien. In der angestammten Tätigkeit als Primarlehrer sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychiatrischen Symptomatik als nicht arbeitsfähig anzusehen (Urk. 5/122/15 f.). 4.

E. 7

eine durchschnittliche Arbeitsfähigkeit von 80 %, diese

unterbrochen durch die Klinikaufenthalte, bei welchen jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sowie jeweils sechs Wochen nach den beiden Hüftgelenksoperationen.

Als angepasst beschrieben die Gutachter alle schweren, mittelschweren und leichten körperlichen Arbeiten mit Ausnahme von schweren körperlichen Arbeiten mit Gewichtsbelastungen von über 30 kg und dauerhaftem Steigen auf Leitern, Treppen und Anstiegen (Urk. 5/122/16).

Da die Gutachter eine weitgehende Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hortleiter als auch in einer anderen angepassten Tätigkeit attestierten, kommt der inhaltlichen Würdigung ihrer Darlegungen entscheidende Bedeutung zu.

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