

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00602 vom 27. Januar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00602

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00602 du 27 janvier 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00602 del 27 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1

0. Januar 2007 unter Verneinung eines inval idisierenden Gesund heit tss chadens ab (Urk. 6/21/3 und 6/24).

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). 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier teltrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreivierteltrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung, IVG).

E. 1.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind 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 – erlau ben, das tatsächlich

erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamtlich vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7.

März 2018 E.

4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.3

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 Aktivitätsniveaus 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

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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.

2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 4.

Juli

2019

stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, dass dem Beschwerdeführer gestützt auf das eingeholte Gutachten aus neurologischer und orthopädischer Sicht sämtliche Tätigkeiten in einem Pensum von 100 % zumutbar seien mit der Einschränkung einer körperlich leichten Lastenhandhabung nicht über die Schulterhöhe hinaus. Die im psychiatrischen Teilgutachten aufgeführten Einschränkungen seien hingegen nicht klar nachvollziehbar und zum Teil widersprüchlich. Vor allem das hohe Aktivitätsniveau sowie die weiterhin durchgeführten Konsultationen als Astrologe sprächen gegen eine hohe Arbeitsunfähigkeit. Auch finde keine psychiatrische Behandlung mehr statt, obwohl noch nicht sämtliche Therapieoptionen ausgeschöpft seien. Ein Leidensdruck sei nicht ausgewiesen, ferner lägen Hinweise auf eine Aggravation vor. Entsprechend sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer keine Beschwerden habe, die ihn in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken würden. Er könne demnach seine Tätigkeit als Astrologe weiterhin voll ausüben. Zumutbar sei ihm überdies, die Selbständigkeit aufzugeben und sich um eine Stelle zu bewerben. Aus diesen Gründen entstehe keine Erwerbseinbusse (Urk. 2). 2.2

In seiner Beschwerde vom 5. September 2019 brachte der Beschwerdeführer vor,

mit Blick auf die im Rahmen der Konsistenzprüfung erhobene Behauptung der Beschwerdegegnerin, sein Aktivitätsniveau spreche für eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit, sei davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin seine im Gutachten in italienischer Sprache

festgehaltenen freien Äusserungen

zu seinem eingeschränkten Aktivitätsniveau nicht verstanden beziehungsweise nicht beachtet habe (Urk.

1 S.

7

f.). Falsch sei ferner, dass er aus orthopädischer und neurologischer Sicht sämtliche Tätigkeiten zu 100 % ausführen könne (Urk. 1 S. 10). Bei einer ausgewiesenen und optimal verwerteten Restarbeitsfähigkeit von etwa 40 % könne im Zusammenhang mit den erwähnten Einschränkungen in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zusammenfassend erkannt werden, dass das Aktivitätsniveau adäquat zu seiner heutigen Arbeitsfähigkeit von 40 % sei. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 bis 70 %, wie sie von den Gutachtern attestiert worden sei, überzeuge auch bei vollständiger und korrekter Würdigung der Indikatoren (Urk. 1 S. 11). Indem sie entgegen dem eingeholten Gutachten sowie den schlüssig beantworteten Rückfragen von einer fehlenden gesundheitsbedingten Erwerbseinbusse ausgegangen sei, habe die Beschwerdegegnerin eine unzulässige losgelöste juristische Parallelüberprüfung des strukturierten Beweisverfahrens vorgenommen (Urk. 1 S. 12). 3.

3.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität

der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat, so etwa aufgrund einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder infolge einer anderen Art der Bemessung der Invalidität (vgl. Art. 28a IVG) . 3.2

Im Zusammenhang mit der ersten Anmeldung im Jahr 2005 wurde der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 10.

Januar

2007 (Urk.

6/24) verneint, nachdem dies er während des Abklärungsverfahrens nach Besserung seiner depressiven Symptomatik bereits wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit erlangt und eine neue Stelle angetreten hatte (Urk. 6/18 und 6/21/4) . Basierend auf einer kurzen Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) verneinte die Beschwerdegegnerin damals mangels eines IV-relevanten Gesundheitsschadens einen Rentenanspruch (Urk. 6/21/4 , Urk. 6/24) . Ob die Verfügung vom 10.

Januar 2007 mit Blick auf Abklärungs- und Begründungsaufwand als beachtlich einzustufen ist und somit Vergleichszeitpunkt bilden kann , wurde von der Beschwerdegegnerin zwar nicht geprüft, kann aber vorliegend offenbleiben . Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 10. Januar 2007 war der Beschwerdeführer als Maler angestellt; inzwischen ist er seit 2008 als selbständiger Astrologe tätig (Urk. 6/38/4) , ferner hat sich sein Gesundheitszustand

infolge des erlittenen Auffahrunfalls

in einer Weise verändert, die Anlass gibt, den Invaliditätsgrad neu zu ermitteln . Die Beschwerdegegnerin hat demnach den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht umfassend geprüft. 4. 4.1

Der Beschwerdeführer erlitt am 9. Oktober 2015 einen Auffahrunfall und stellte sich anschliessend notfallmässig selbst im Spital A.____ vor. Dort berichtete er, im vorderen, stehenden Auto gesessen zu haben, als ein anderes Fahrzeug mit ca. 50 km/h ungebremst ins Heck seines Wagens gefahren sei (Bericht des Spitals A.____

vom 22. Oktober 2015, Urk. 6/40/9). In der Untersuchung präsentierte sich der Beschwerdeführer mit einer Druckdolenz über der gesamten Halswirbelsäule. Anlässlich der Wiedervorstellung am 13. Oktober 2015 habe er über Schmerzen im Nackenbereich, intermittierenden Schwindel und leichte Übelkeit sowie frontaldrückende Kopfschmerzen geklagt (vgl. auch Bericht vom 14. Oktober 2015, Urk. 6/46/37) . Die Oberärztin Dr. med. B.____ , Fachärztin für Chirurgie, berichtete über eine neurologisch vollständig unauffällige Untersuchung. Zum Befund notierte Dr. B.____ hinsichtlich der HWS ein unauffälliges Integument, eine Druckdolenz paravertebral in Höhe HWK 3-7 und eine leichte Druckdolenz in Höhe HWK 4 und 5. Das MRI vom 19. Oktober 2015 habe keinen Hinweis

auf eine posttraumatische, ligamentäre Verletzung zervikal gegeben. Hingegen bestünden bildgebend mehrsegmentale, degenerative Veränderungen der HWS mit Fehllage. Dem Beschwerdeführer wurde bis 1. November 2015 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 6/40/10). 4.2

Dr. C.____, zu welchem sich der Beschwerdeführer in chiropraktische Behandlung begab, stellte erhebliche zervikale Bewegungseinschränkungen in Extension und Flexion und deutliche Druckdolenz fest (Bericht vom 4. Januar 2016, Urk. 6/40/7). Im Verlauf der Therapie habe der Beschwerdeführer über ein Nachlassen der Benommenheit und eine Besserung der Konzentration berichtet, zudem hätten auch die Schmerzen nachgelassen (Urk. 6/40/8). 4.3

Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie, beschrieb am 26. Januar 2016 ein persistierendes cervicocephales Schmerzsyndrom mit ausgeprägten muskulären Verspannungen im Bereich der Nacken- und Halsmuskulatur sowie intermittierendem Kribbeln beider Hände mit nächtlichem Aufwachen (Urk. 6/40/11). Elektro-neurographisch habe ein konkomitierendes

Karpaltunnelsyndrom (CTS) oder Sulcus-ulnaris-Syndrom ausgeschlossen werden können. Ebenso bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Ausfallssyndrom. Ein allfälliges Reizsyndrom bei fraglicher Tangierung C7 beidseits sowie C4 rechts erachtete Dr. D.____ bei negativen cervicalen Provokationsmanövern als wenig wahrscheinlich. 4.4

Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung nahm das Zentrum E.____ eine funktionsorientierte Medizinische Abklärung (FOMA) vor, welche ein strukturiertes Interview, eine klinische Untersuchung, eine Beurteilung der Akten sowie eine angepasste Form der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) umfasste. Zusätzlich wurden eine psychiatrische Beurteilung und eine neuropsychologische Abklärung vorgenommen. Mit Bericht vom 19. Mai 2016 (Urk. 6/77/36-68) stellte Dr. med. F.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose eines chronischen zervikospöndylogenen sowie zervikozephalen Syndroms bei Status nach indirektem HWS-Trauma, vorbestehenden belastungsabhängigen zervikalen Beschwerden und degenerativen Veränderungen sowie chronischer Schmerzentwicklung. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er ein dysfunktionelles Krankheitsverhalten fest (Urk. 6/77/36 f.). Aus psychiatrischer wie auch neuropsychologischer Sicht hätten sich keine konsistenten Einschränkungen gefunden, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv berufs-limitierend beklagten kognitiven und mnestischen Defiziten und den objektiven neuropsychologischen Befunden. Hinweise auf Simulation respektive Aggravation hätten sich nicht ergeben; vielmehr handle es sich um ein zumindest teilweise autonomes Schmerzentwicklungsgeschehen, eventuell auch auf dem Boden erhöhter Eigenwertungen. Langfristige Schädigungen durch das Unfallereignis konnten die Bericht erstatter weder aus somatischer noch psychiatrisch-neuropsychologischer Sicht begründen (Urk. 6/77/38).

Hinsichtlich der EFL sei bei den Tests eine deutliche Selbstlimitierung beobachtet worden. Die Konsistenz sei schlecht gewesen. Die demonstrierte Belastbarkeit habe im Bereich einer leichten bis mittelschweren Arbeit gelegen. Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die

Beurteilung nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei gutem Effort mehr leisten könne, als er bei den Leistungstests gezeigt habe (Urk. 6/77/39). Aus funktioneller Sicht sei dem Beschwerdeführer eine rein sitzende Tätigkeit zumutbar. Die angegebenen starken Schmerzen im Bereich der rechtsseitigen Schulter- und Nackenmuskulatur sowie aufkommender Schwindel und starke Konzentrationsstörungen bei Beratungsgesprächen hätten im Rahmen der EFL nicht getestet werden können und bedürften eventuell einer weiteren Abklärung (Urk. 6/77/39). Streng genommen bestünden für eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit keine harten objektiven Argumente. Da es sich jedoch um ein Beschwerdebild handle, welches nach indirekten HWS-Trauma häufig zu beobachten sei, bestehe im Zeitpunkt der Berichterstattung in der angestammten Tätigkeit als Astrologe eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 %. Ab August 2016 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine intellektuell und psychisch weniger belastende Tätigkeit im mittelschweren körperlichen Bereich mit Möglichkeit zur Wechselpositionierung sei hingegen sofort vollschichtig zumutbar (Urk. 6/77/40). 4.5

Die Hausärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 10. August 2016, dass der Beschwerdeführer aufgrund des HWS-Schleudertraumas mit Ängsten seit dem 9. Oktober 2015 bis sicher Ende August 2016

in allen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig sei. Problematisch sei die Konzentrationsfähigkeit (Urk. 6/40/3).

4. 6

Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 21. Dezember 2016 eine mittelgradige depressive Störung nach ICD-10 F32.11 (Urk. 6/61). Trotz adäquater Therapie seien die körperlichen Beschwerden sowie die subjektiv erlebten chronifizierten kognitiven Einbußen in ihrer Ausprägung persistierend. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von etwa 20 %. Am 9. Juni 2017 diagnostizierte Dr. H.____ eine rezidivierende depressive Störung nach ICD-10 F33.1 sowie ein chronisches posttraumatisches Schmerzsyndrom (Urk. 6/75). Die Kognition sei beim Beschwerdeführer im Sinne von Konzentrationsstörungen sowie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisdefiziten beeinträchtigt. Das Denken sei zeitweise verlangsamt, affektiv sei der Beschwerdeführer nivelliert bei deutlich depressiver Grundstimmung und andauernder Sorge und Ängsten betreffend die Gesundheitsprognose bei chronischem Krankheitsverlauf. Der Antrieb sei reduziert, ferner bestünden Lust- und Freudlosigkeit sowie ein sozialer Rückzug. Die Arbeitsunfähigkeit belaufe sich auf 70 % seit mindestens dem 26. September 2016 (Urk. 6/75/2). 4.7

4.7 .1

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin erstellten Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. K.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,

ein interdisziplinäres medizinisches Gutachten (Urk. 6/103). Die Untersuchungen fanden am 11. und 27. Oktober 2017 statt; das Gutachten der Z.____

wurde am 28.

März 2018 fertiggestellt. 4.7.2

Gestützt auf die Untersuchung des Bewegungsapparates folgerte

Dr. K.____, dass der Unfall nicht zu einer bildtechnisch nachweisbaren vermehrten oder stark fortschreitenden HWS-Degeneration geführt habe (Urk. 6/103/19). Aus der Anamnese sei bekannt, dass chronisch rezidivierende Nackenschmerzen seit mehr als zehn Jahren aufgetreten seien, weswegen der Beschwerdeführer auch seine Tätigkeit als Maler aufgegeben habe. Durch das Unfallgeschehen sei keine erkennbare morphologische Läsion der HWS erfolgt. Die bildgebenden Befunde von degenerativen Veränderungen mit Fehllhaltung und vorbestehenden Unco vertebralarthrosen auf verschiedenen Höhen sowie Bandscheibenprotrusionen mit einer Wurzelkompression in Höhe C4 und C7 rechts würden mit den klinischen Befunden gut korrelieren (Urk. 6/103/20). In der Bildgebung hätten sich keine neuen Veränderungen oder ein erhebliches Fortschreiten der bisherigen Befunde von 2015 ergeben (Urk. 6/103/35).

Die Untersuchung durch Dr. K.____ ergab einen leichten Schulterhochstand links bei Becken-Horizontalstand. In der Beweglichkeitsprüfung der HWS zeigte sich eine weitgehend symmetrische Rotationseinschränkung, teilweise Endphasenschmerz und Schmerzausstrahlung in den rechten Arm. Die aus den Akten bekannten Kribbelparästhesien hätten im durchgeführten Provokationstest nicht reproduziert werden können. Auch der übrige Status war gemäss Dr.

K.____ unauffällig, bis auf eine leichte Chondropathia

patellae auf der rechten Seite mit retropatellarem Reiben, aber ohne Instabilitätszeichen (Urk. 6/103/35).

Der Beschwerdeführer sei in der Lage, leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten, möglichst wechselbelastend und ohne Zwangshaltung für die Wirbelsäule, auszuüben. Langfristiges Stehen und Sitzen sollte mit 60 Minuten limitiert bleiben. Vermeiden sollte der Beschwerdeführer Arbeiten mit repetitiven Bewegungsanforderungen an den Rumpf. Das Heben von Lasten sei mit 15 kg limitiert. Die Tätigkeit als Astrologe könne weiter ausgeführt werden; hierbei bestehe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 %. Dabei sollten in jedem Fall vermehrt Pausen eingehalten und eingerichtet werden. Die maximale tägliche Arbeitszeit sollte sechs Stunden nicht überschreiten (Urk. 6/103/20). In einer optimal angepassten Tätigkeit, das heisst ohne entsprechende notwendige auch intellektuelle Konzentration auf einen Gesprächspartner, zum Beispiel bei rein administrativen Tätigkeiten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von annähernd 100 % (Urk. 6/103/21). 4.7.3

Dr. J.____ kam aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers zum Schluss, dass die subjektiv angegebenen Konzentrationsstörungen Folge einer nicht unfallkausalen Schmerzproblematik seien. Es seien keine Unfallfolgen mehr zu postulieren. Dagegen bestehe eine mässige spinale Stenose, bei welcher jedoch gemäss der im Vorfeld eingeforderten Zusatzabklärung vom 7. November 2017 keine Operationsindikation bestehe. Zweifelsohne lägen erhebliche degenerative Veränderungen vor, auf welche die glaubhaft gemachten HWS-Schmerzen zurückzuführen seien. Es sei nicht gerechtfertigt, eine bleibende unfallkausale Arbeitsunfähigkeit zu postulieren, hingegen sei die Arbeitsfähigkeit krankheitshalber IV-relevant eingeschränkt. Sicherlich spiele die Selbstlimitierung mit eine Rolle. Die Einschränkungen beim Beschwerdeführer würden im intermediär reduzierten Allgemeinzustand liegen, dies bedingt durch den Bewegungs- und Konditionsmangel, ebenso die Leistungsfähigkeit und Leistungskonstanz. Diese allgemeinen Beobachtungen seien jedoch nicht durch fachspezifische neurologische

Befunde unterlegt, müssten aber, sollten sie im Konsens bestätigt werden, in die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit mit einbezogen werden (Urk. 6/103/16). Bis auf die teilweise inkonstante Hypästhesie in der rechten Schulterregion bis zum Rippenbogen erhob Dr. J. ___ keine f achspezifische n Befunde

(Urk.

6/103 /35). 4.7 .4

Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung klagte der Beschwerdeführer, er habe Angst vor Anforderungen und vor den Menschen. Er ziehe sich zurück und fliehe vor Begegnungen. Es funktioniere nichts mehr, so könne er sich nichts merken, er sei vergesslich, fühle sich nicht frei und generell sehr schlecht. Irgendetwas ziehe ihn herunter. Die meisten Freundschaften seien wegen seines Zustands zerbrochen. Es sei wie ein schwere s Gewicht auf dem Kopf und im Nacken (Urk. 6/103/21). Er habe immer massive Schmerzen und Angst, den Kopf zu bewegen. Er habe die Hoffnung, dass man endlich etwas sehe, was die Schmerzen erklären könne. Es müsse doch etwas im Hals kaputt sein. Er traue sich nicht, den Kopf frei zu bewegen, weil es dann knacke (Urk. 6/103/22).

In der klinischen Untersuchung bei Dr. L. ___ zeigte der Beschwerdeführer leichtgradige Auffassungsstörungen, war jedoch in seiner Merkfähigkeit und im Erinnerungsvermögen nicht wesentlich eingeschränkt. Ferner war seine Konzentration leicht bis mittelgradig herabgesetzt. Dr. L. ___

hielt fest, dass das Denken formal einem logischen, leicht verlangsamten Duktus folge, eine gewisse Sprunghaftigkeit zeige und deutlich perseverativ

sei. Inhaltlich sei der Beschwerdeführer stark auf die Insuffizienzthematik eingeeengt und zeige in Bezug auf das Krankheitsmodell leicht überwertigen Charakter. Die Affektamplitude sei angemessen. In der freien Rede habe der Beschwerdeführer phasenweise klagsam gewirkt. Gegen Ende der Untersuchung habe der Affekt leicht aufgehellt und die Denkinhalte seien ablenkbar geworden. Die gesamte Untersuchung

habe vier Stunden gedauert, in denen eine gewisse Ermüdung feststellbar geworden sei. Ferner sei die Psychomotorik des Beschwerdeführers leicht gespannt gewesen. Bei direkter Befragung habe der Beschwerdeführer Sterbenswünsche und sporadisch Suizidgedanken geäußert, jedoch konkrete Ideen sowie den Impuls, sich etwas anzutun, verneint. Die Gesamtpformance war gemäss Dr. L. ___

deutlich traurig, bedrückt und leidend (Urk. 6/103/26-27).

Dr. L. ___ führte mit dem Beschwerdeführer verschiedene Tests durch, welche auf Selbst- oder Fremdbeurteilung basierten. Gemäss dem SF-36-Selbstbeurteilungsfragebogen waren die Werte für die soziale und emotionale Rollenfunktion, das psychische Wohlbefinden sowie die psychische Summenskala eindrücklich tief, was allenfalls bei schwer psychisch kranken Menschen üblich sei. Eine Ausnahme würden gemäss Dr. L. ___ Menschen mit chronischen Schmerzverarbeitungsstörungen bilden, so dass der Beschwerdeführer also das typische Profil einer solchen Erkrankung zeige (Urk. 6/103/22). In der Selbstbeurteilungs-Depressions-Skala habe der Beschwerdeführer

einen derart hohen Gesamtscore erreicht, wie er nur für schwerstdepressive Menschen üblich sei. Der grosse Unterschied zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung sei ein Hinweis für Aggravation (Urk. 6/103/23). Auf eine Aggravation wies gemäss Dr. L. ___

auch die Auswertung der SCL-90 Symptom Checkliste hin , welche die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome misst (Urk. 6/103/23-24).

In einem Selbstbeurteilungsmassstab zur Erfassung von post traumatischen Belastungen zeigte sich gemäss Dr. L.____ ein deutlicher Verdacht für eine PTBS. Er gehe davon aus, dass die Diagnose zwar gestellt werden dürfe, dass sie aber durch die depressiv-ängstliche Komorbidität verstärkt werde (Urk. 6/103/25).

Dr. L.____

diagnostizierte eine länger andauernde depressive Reaktion am Übergang zu einer Dysthymie ,

ferner eine chronifizierte Schmerzverarbeitungsstörung, die nicht im Sinne einer somatoformen Dissoziation verstanden werden könne, sondern als Verhaltensstörung bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Zudem erachtete Dr. L.____ eine PTBS als gegeben, wobei diese nach der Schmerzverarbeitungsstörung und der depressiven Folgestörung eher eine untergeordnete Rolle spiele (Urk. 6/103/28). Der Gutachter führte zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren auf; etwa die Migration mit der kulturellen Entwurzelung, den Verlust der letzten Intimbeziehung, die Bedrohung der Arbeitssituation, die fast vollständige ökonomische Abhängigkeit von einem Gönner sowie den Mangel an Bewegung und Ernährungssorgfalt (Urk. 6/103/29). Der Beschwerdeführer sei mittel- bis schwergradig krank und mittelgradig funktionell eingeschränkt. Bisher habe er keinerlei angemessene Behandlung erhalten (Urk.

6/103/29). Er benötige eine interdisziplinäre Behandlung durch einen Psychiater und einen Rheumatologen. Es müsse die Einsicht gefördert werden, dass der Beschwerdeführer selbst durch sein strukturelles Konzept , welches wiederum sein Bewegungs- und Haltungsverhalten massgeblich und dysfunktional beeinflusse, der Ursprung des Schmerzgeschehens sei und er zu dessen Aufrechterhaltung beitrage . Der Fokus liege nicht auf der Schmerzreduktion, sondern auf der Verbesserung der Leistungsfähigkeit und Eigenverantwortung (Urk. 6/103 /33).

4.7 .5

In der Konsensbeurteilung stellten die Gutachter die folgenden strukturellen Diagnosen (Urk. 6/103/34) : - Zustand nach indirektem Halswirbelsäulentrauma (9. Oktober 2015), Grad II nach QTF (ICD-10 S13.4) - Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule, über dem Altersdurchschnitt (Osteochondrosen , Unkovertebralarthrose) - Chondropathia patellae des rechten Kniegelenks

Sodann erhoben sie die folgenden klinischen Diagnosen: - Chronisches zervikospodylogenes sowie zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom - Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1) - Länger andauernde depressive Reaktion (ICD-10 F43.21) am Übergang zu einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) - Chronische Schmerzentwicklung im Sinne von ICD-10 F54, Verhaltensstörung bei traumatischer HWS-Verstauchung ev. Verstauchung in der Schilddrüsenregion (ICD-10 S13.5)

Die Gutachter erklärten, es sei schwierig, die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auf einen Punkt zu bringen. Der Vorzustand an degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule sei offenbar durch den Unfall aktiviert worden und

habe sich seither subjektiv kaum wieder beruhigt. Dieser somatischen Situation müsse man den psychischen Vorzustand dazustellen, eine von 2005 bis 2015 offenbar stumme rezidivierende depressive Störung. Seit dem Unfall sei es zu einer protrahierten depressiven Störung gekommen, welche einerseits als Züge eines Rückfalls, andererseits aber auch als eine nun in eine Dysthymie über gehende PTBS interpretiert werden könne. Die Schnittmenge könne diagnostisch auch als Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen interpretiert werden. Viel wichtiger sei aber der Umstand, dass das Unfallereignis und –erleben zu einer muskulär verspannten Bewegungsangst und nachfolgend zu einer De konditionierung geführt habe, welche der somatischen wie der psychischen Seite der Beschwerden weiterhin Vorschub leiste und jene zu chronifizieren drohe. Die daraus resultierenden gesundheitlichen Einschränkungen seien also weniger im somatischen Kreis zu suchen, was auch die entsprechenden Untersuchungen gezeigt hätten. Vielmehr seien es die Aktivierung und Traumatisierung durch den Unfall, die das heutige Beschwerdebild und die heutigen Einschränkungen prägen würden. Anzumerken sei, dass die subjektive Einschätzung, getriggert durch die Bewegungsangst, über das objektivierbare Mass noch hinausgehe (Urk. 6/103/36).

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer in seinem jetzigen Zustand nur sehr bedingt fähig sei, die notwendige Ruhe, Empathie und auch körperliche Meditationshaltung («entspannte Zwangshaltung») aufzubringen, um bei seinen Klienten die notwendige Übertragungswirkung zu erzeugen. Bei der Zusammenstellung der Mixturen fehle ihm auch die notwendige Konzentration. Der Beschwerdeführer habe die Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit bereits im Frühjahr 2016

in die Wege geleitet. Bei einem angegebenen Pensum von etwa 40 % ab Frühjahr 2017 könne gegenwärtig sehr wahrscheinlich kein höheres Mass erreicht werden. Zusammengefasst bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (Urk. 6/103/37).

Hinsichtlich der Zumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit kamen die Gutachter zum Schluss, dass bei körperlichen Tätigkeiten eine leichte Lastenhandhabung möglich sei, jedoch nicht über die Schulterhöhe hinaus. Zudem bestünden Einschränkungen hinsichtlich des Einhaltens von Zwangshaltungen. Ferner würden es die kognitiven Einschränkungen gegenwärtig kaum gestatten, eigenverantwortlich Aufgaben mit einem längeren Planungshorizont auszuführen. Um eine Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu erreichen, müsse zuerst eine Behandlung greifen. Medizinisch-theoretisch bestehe gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit von etwa 30 % (Urk. 6/103/37).

Die Gutachter stuften das Krankheitsverhalten des Beschwerdeführers als konsistent und erklärbar ein, da er in der Untersuchung des Bewegungsapparates keine Waddell-Zeichen gezeigt habe. Jedoch müsse die Aussagekraft bei einem Kollektiv, das durch Fremdsprachlichkeit, Migration und den Beizug von Übersetzern charakterisiert sei, in der Validität der Beurteilung und quantitativen Bemessung zumindest fraglich erscheinen (Urk. 6/103/38). 4.8

Der Beschwerdeführer liess zu den bildgebenden Befunden der HW S mittels MRI vom 19. Oktober 2015 und 7. November 2017 am 12. April 2018 eine Zweitmeinung durch das Institut

M.____ einholen (Urk. 6/118). Dr. med. N.____, Facharzt für Radiologie, stellte in seiner Vergleichsbeurteilung eine leicht progrediente Osteochondrose C3/4 mit neu leichten

Modic I Veränderungen der dorsalen Boden- und Deckplatten bei bekannter leichter Retrolisthesis von 3 mm und leicht progredienter posteriorer Spondylose der Bodenplatte C3 fest. Unverändert bestünden eine Uncovertebralarthrose und eine kleine, leicht regrediente foraminale

Hernierung rechts mit leichter Tangierung der Nervenwurzel C4 rechts. Die erosive Osteochondrose C6/7 sei im Verlauf stationär mit leichter posteriorer Spondylose und Uncovertebralarthrose rechtsbetont sowie kleiner, im Verlauf regredienter Hernierung

foraminal rechts. Entsprechend sei gemäss Dr. N.____ eine leichte Tangierung C7 rechts weiterhin möglich. Unverändert seien keine Weichteil- oder Muskelödeme und keine Myelopathie ersichtlich. Ferner sei die posteriore Spondylose C2/3 mediolateral links im Verlauf leicht progredient, ohne signifikante Kompressionen. Zervikal bestünden leichte Spondylarthrosen ohne Knochenödeme (Urk. 6/118/2). 4.9 4.

E. 6

Juli 2016 meldete sich X.____, welcher inzwischen seit September 2008 als selbständiger Astrologe tätig war, erneut bei der Invalidenversicherung an und verwies auf gesundheitliche Folgen durch einen erlittenen Auffahrunfall (Konzentrationsstörungen, Schmerzen an der Halswirbelsäule [HWS], einschläfende Hände, Schwindelanfälle, Depressionen, Müdigkeit und Kopfschmerzen, Urk. 6/26). Die IV-Stelle tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und zog unter anderem die Akten der Krankentaggeldversicherung innova Versicherung AG bei (Urk. 6/46, 6/58 und 6/77). Mit Mitteilung vom 18. November 2016 informierte die IV-Stelle den Versicherten, dass seinem Wunsch entsprechend keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen durchgeführt würden (Urk. 6/57).

In der Folge veranlasste die IV-Stelle ein polydisziplinäres MEDAS Gutachten bei der Z.____ (Urk. 6/79). Das Gutachten in den Disziplinen Allgemeinere Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie wurde am 2

E. 6.1

Zu prüfen bleiben die Einschränkungen in psychischer Hinsicht.

Die vom behandelnden Psychiater, Dr. H.____, sowie vom psychiatrischen Teilgutachter der Z.____ erhobenen Befunde

– insbesondere Konzentrationsstörungen, ein zeitweise verlangsamtes Denken und eine depressive Grundstimmung (Urk. 6/75/2, 6/103/26 ff.) – stimmen zu einem guten Teil überein. Während jedoch Dr. H.____ in diagnostischer Hinsicht von einer mittelgradig depressiven Störung beziehungsweise von einer rezidivierenden depressiven Störung und einem chronischen Schmerzsyndrom ausging (Urk. 6/61, 6/75), diagnostizierte Dr. L.____ eine länger andauernde depressive Reaktion am Übergang zu einer Dysthymie, eine chronifizierte Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 6/103/28).

Der behandelnde Arzt ging von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit sowohl in einer Verweistätigkeit als auch in der angestammten Tätigkeit aus infolge einer reduzierten

Leistungsfähigkeit bei bereits nach wenigen Stunden abfallender Konzentrationsfähigkeit und psychophysischer Erschöpfung (Urk. 6/75/2) .

Im Rahmen der neuropsychiatrisch-leistungspsychologischen Untersuchung am E.____ konnten aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht weder im neuropsychologischen noch im affektiven Bereich

konsistente Einschränkungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gefunden werden. Vielmehr wurden erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv berufslimitierend beklagten kognitiv konzentrativen und mnestischen Defiziten und den objektiven neuropsychologischen Befunden festgestellt. Hypothetisch wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung als möglich diskutiert, jedoch auch auf gewisse Inkohärenzen hingewiesen (Urk. 6/77/38).

Der psychiatrische Teilgutachter der Z.____ , Dr. L.____ , wiederum führte diverse testpsychologische Erhebungen durch, worin auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt wurden. Seine Beurteilung beruht auf einer Untersuchung (Urk. 6/103/21) mit ausführlicher psychiatrischer Anamnese, die, soweit dies nötig war, unter Beizug des Fallführers Dr. I.____ als Übersetzungshilfe vorgenommen wurde, und anlässlich derer sich der Beschwerdeführer zu den aus seiner Sicht bestehenden Problemen zunächst frei äussern konnte.

Dass es zu Verständigungsproblemen zwischen den Gutachtern und dem Beschwerdeführer gekommen wäre oder dass die Ausführungen des Beschwerdeführers unvollständig oder allenfalls von den Gutachtern missverstanden worden sein sollten , ist nicht ersichtlich . Die freie Rede des Beschwerdeführers, in welcher er sich zu den aus seiner Sicht bestehenden Problemen frei in seiner Muttersprache Italienisch äussern konnte (Urk. 6/103/7 f.) , wurde im Übrigen

auf Deutsch zusammen gefasst (Urk. 6/103/21) .

Die Herleitung der Diagnosen wurde von Dr. L.____ sowohl im Gutachten wie auch im Rahmen der Beantwortung der Zusatzfragen begründet. Dabei ist insbesondere die Schlussfolgerung plausibel, dass es schwierig sei, die gesundheitlichen Einschränkungen auf einen Punkt zu bringen und dass die Diagnosestellung bei sogenannten HWS-Beschwerdebildern massgebend von der persönlichen Präferenz des Experten abhängt (Urk. 6/6/107/3) . Auch die psychiatrischen Befunde

legte Dr. L.____

unter Bezugnahme auf die Vorakten und auf eigene klinische Untersuchungen ausführlich dar (Urk. 6/103/26-28).

Seine Erhebungen decken sich ferner in der Befundlage weitestgehend mit denjenigen von Dr.

H.____ (vgl. E. 4. 6) . Von weiteren Abklärungen sind keine neuen relevanten Erkenntnisse zu erwarten , weshalb darauf verzichtet werden kann .

E. 6.2

Dem Beschwerdeführer ist demnach insoweit zuzustimmen, als grundsätzlich auch das psychiatrische Teilgutachten der Z.____ als beweiskräftig einzustufen ist. Zwar wurde von Dr. P.____ vom RAD zu Recht die Frage aufgeworfen, wie ein leichter Auffahrunfall das

ICD-10 Kriterium A für PTBS erfüllen könne (vgl. Urk. 6/122/6) und von Gutachterseite her wurde daraufhin eingeräumt, dass das verlangte Kriterium bezogen auf die Allgemeinbevölkerung nicht bejaht werden könnte (vgl. die entsprechende Umschreibung in der ICD-10-Klassifikation, F43.1, wonach ein Ereignis oder eine Situation mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass vorausgesetzt wird, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde; Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.],

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin prüfte im angefochtenen Entscheid in Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 1.2 f. hiervor) die vom psychiatrischen Teilgutachter der Z.____ für alle Tätigkeiten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 %. Dabei ging sie davon aus, dass angesichts der maximal während neun Monaten durchgeführten ambulanten Psychotherapie und der Behandlung mit natürlichen Medikamenten nicht von der Ausschöpfung sämtlicher Therapieoptionen und in diesem Zusammenhang auch nicht von einem Leidensdruck gesprochen werden könne.

Zur Konsistenz stellte die Beschwerdegegnerin fest, dass der Beschwerdeführer ein vergleichsweise hohes Aktivitätsniveau zeige und auch weiterhin in einem Umfang von mindestens 50 % seiner angestammten Tätigkeit als Astrologe nach gehe. Schliesslich hätten sich aus den Ergebnissen der im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durchgeführten Tests Hinweise auf Aggravation ergeben (Urk. 2 S. 2 f.).

Unter Berücksichtigung all dieser Umstände verneinte die IV-Stelle einen invalidisierenden Gesundheitsschaden.

E. 6.4

Der Beschwerdeführer wirft der Beschwerdegegnerin eine unzulässige juristische Parallelüberprüfung der medizinisch « lege artis festgestellten Arbeitsunfähigkeit » vor (Urk. 1 S. 12).

Er übersieht dabei, dass nach der Rechtsprechung bei psychischen Leiden unabhängig von der diagnostischen Einordnung auf objektiver Beurteilungsgrundlage zu prüfen ist, ob eine rechtlich relevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nachzuweisen ist (BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Da es nicht in erster Linie auf die Diagnose, sondern auf den Schweregrad der psychischen Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen ankommt, kann der Beschwerdegegnerin nicht bereits aufgrund des Umstands, dass sie nicht ohne Weiteres auf die Folgenabschätzung durch den psychiatrischen Teilgutachter abgestellt hat, eine Überschreitung ihrer fachlichen Zuständigkeit vor geworfen werden. Bei der Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung haben sich vielmehr sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren. Nach BGE 141 V 281 kann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (zum Ganzen vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2 und E.

4.3; 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6; ferner bereits BGE 141 V 281 E. 5.2.2, 6 und 7 sowie 143 V 409 E. 4.5.2, je mit Hinweisen).

E. 6.5

6 .5.1

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der klinischen Untersuchung leicht gradig e Auffassungsstörungen zeigte, er in seiner Merkfähigkeit und dem Erinnerungsvermögen hingegen nicht wesentlich eingeschränkt war und die Konzentration lediglich leicht bis mittelgradig herabgesetzt war. Dass nach einer vierstündigen Exploration eine gewisse Ermüdung feststellbar wird (Urk. 6/103/26) , ist selbstverständlich und auch bei einer gesunden Person zu erwarten. Inhaltlich war der Beschwerdeführer stark auf die Insuffizienzthematik eingeengt und zeigte in Bezug auf das Krankheitsmodell leicht überwertigen Charakter. Er wirkte phasenweise klaglos, hellte aber gegen Ende der Untersuchung im Affekt leicht auf und wurde gemäss Dr. L.____ ablenkbarer. Ferner war die Psychomotorik des Beschwerdeführers leicht gespannt. Konkrete Suizidideen oder Impulse wurden verneint (vgl. E. 4.7.4) . Die Gesamtpformance war deutlich traurig, bedrückt und leidend, wobei Dr. L.____

bei den Testungen wiederholt auf Diskrepanzen zwischen seinem objektiven Eindruck und der subjektiven Einschätzung durch den Beschwerdeführer hinwies. Der Beschwerdeführer wirkte eingeengt auf die beklagte Symptomatik und zeigte keinerlei Problemeinsicht (Urk. 6/103/31). Dr. L.____ erachtete es als zentral, dass beim Beschwerdeführer die Einsicht gefördert werde, dass er selbst durch sein strukturelles Konzept, welches wiederum sein Bewegungs- und Haltungsverhalten massgeblich und dysfunktional beeinflusst, der Ursprung des Schmerzgeschehens sei und zu dessen Aufrechterhaltung beitrage (Urk. 6/103/46). Als psychosoziale Belastungsfaktoren identifizierte Dr. L.____ generell die Migration mit der kulturellen Entwurzelung, die fehlende fremdsprachliche Differenzierung, den partiellen Verlust der Jetzt-Familie und die Distanz zur Herkunftsfamilie, den Verlust der letzten Intimbeziehung, die Bedrohung der Arbeitssituation und damit der ökonomischen Ressourcen, die fast vollständige ökonomische und psychosoziale Abhängigkeit von einem Gönner, den Mangel an körperlicher Bewegung und Ernährungssorgfalt und die Vernachlässigung des hedonistischen Repertoires (Urk. 6/103/29).

Auch in der interdisziplinären Beurteilung wurde darauf hingewiesen, dass das generelle Schonverhalten eine bio-psycho-soziale Dekonditionierung in mehreren Richtungen zeige (Urk. 6/103/35). In Anbetracht der fehlenden somatischen Unfallfolgen und des starken subjektiven Erlebens der Beschwerden bei gleichzeitigem Vorliegen zahlreicher psychosozialer Faktoren, aber auch mit Blick auf den vom Beschwerdeführer beschriebenen, aktiv gestalteten Ablauf des Vortags der psychiatrischen Untersuchung (Urk. 6/103/11) ist von einer nicht besonders schwerwiegenden Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde auszugehen. 6 .5.2

Weitere wichtige Indikatoren für die Ermittlung der Schwere eines Gesundheitsschadens sind Verlauf und Ausgang von durchgeführten Therapien. Scheitern leitungs- und mit optimaler Kooperation durchgeführte Therapien, deutet dies auf eine negative Prognose hin (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Im Zeitpunkt der Begutachtung wurde der Beschwerdeführer von seiner langjährigen Hausärztin, einem Chiropraktor und einem Psychiater behandelt. Er

erhielt Schmerz medikamente und ein pflanzliches Antidepressivum (Urk. 6/103/35). Die Gutachter führten aus, dass der Beschwerdeführer bis anhin noch nie adäquat therapiert worden sei. Die Behandlung eines Schleudertraumas mit dessen psychiatrischen Folgestörungen müsse interdisziplinär erfolgen; eine isolierte psychiatrische Behandlung (wie bei Dr. H.____) sei chancenlos. Die Medikation mit Muskelrelaxantien, Analgetika und Antidepressiva müsse zwischen einem versierten Psychiater und einem Rheumatologen abgesprochen, überwacht und koordiniert werden. Parallel benötige der Beschwerdeführer eine konsequente Restitution seiner Kondition und Fitness, ferner sei das Training der Körper- und Haltungswahrnehmung wichtig. Der Fokus müsse auf der Steigerung der Leistungsfähigkeit und Eigenverantwortung und nicht in der Schmerzreduktion liegen, denn die Störung des Beschwerdeführers sei nicht irreversibel (Urk. 6/103/33). Vor diesem Hintergrund

ist nicht von einer Behandlungsresistenz sondern im Gegenteil von zahlreichen noch nicht wahrgenommenen

Behandlungsoptionen auszugehen.

6.5.3

Hinsichtlich der Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezügen der psychischen Störung zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen (Indikator «Komorbidität») ist festzuhalten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1).

Vorliegend besteht in den - für das Alter überdurchschnittlichen - degenerativen Veränderungen eine körperliche Begleiterkrankung, welche bereits vor dem Unfall vorhanden war. Die hingegen seit dem Unfallereignis vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen an der Halswirbelsäule konnten bildgebend nicht objektiviert werden, mithin konnte ausgeschlossen werden, dass der Auffahrunfall zu einer Läsion geführt hätte. Gemäss den Gutachtern müsse der Fokus auf die Steigerung von Leistungsfähigkeit und Eigenverantwortung im Sinne einer psychischen Stabilisierung – und nicht auf die Schmerzreduktion – gelegt werden. Die nebst der depressiven Reaktion am Übergang zur Dysthymie und dem Schmerzsyndrom diagnostizierte PTBS wurde von den Gutachtern später als

Traumafolgestörung

bezeichnet (Urk. 6/107/3). Ohnehin wurde ihr eine untergeordnete Rolle zugeschrieben (Urk. 6/103/28). Dr. L.____ ging davon aus, dass die Diagnose zwar gestellt werden könne, dass sie hingegen durch die depressiv-ängstliche Komorbidität verstärkt werde (Urk. 6/103/25). Die Gutachter führten ferner eine nicht unerhebliche Anzahl psychosozialer Belastungsfaktoren auf, welche die Ausprägung der psychiatrischen Beeinträchtigungen wieder relativieren (Urk. 6/103/29). 6.5.4

In den Bereichen «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» ist als ressourcenhemmender Faktor die Aufgabe der sportlichen Hobbies, wie Wandern, Schwimmen und Fitness zu nennen (Urk. 6/103/11). Hingegen geht der Beschwerdeführer nun viel spazieren, was ihn entspanne (Urk. 6/120/3). Als Belastungsfaktor wirkt die finanzielle Situation; der Beschwerdeführer wohnt gegenwärtig unentgeltlich in einem Zimmer im Haus seines Praxispartners. Er arbeitet weiterhin als Astrologe und verdient rund Fr. 1'800.-- bis Fr.

2'000. -- brutto monatlich, was einem Pen sum von etwa 40 % entsprechen (Urk. 6/120/5 und 6/103/12). Dabei fällt die positive Unterstützung durch den Inhaber der Astrologiepraxis auf, welcher ihm etwa auch bei

der Suche nach Therapieoptionen hilft (Urk. 6/120/1 und 6/120/3). Positiv erscheint der geregelte und aktive Tagesablauf, welcher am Beispiel des Vortages geschildert wurde mit: Wahrnehmung eines Zahnarzttermins, Besuch eines Freundes, Spaziergang in der Nähe des Hauses und im Wald, Meditation und Mittagessen zu Hause, Beratung einer Kundin, Besuch vom Neffen, Ausgang und Essen im Restaurant mit dem Neffen (Urk. 6/103/11). Ferner halte sich das primäre soziale Netz gut. Der Beschwerdeführer hat häufigen Kontakt zu seinen Geschwistern in der Schweiz und zu seinen beiden Kindern, welche er regelmässig trifft. Auch zu seiner Ex-Frau habe er ab und zu Kontakt. Im sekundären Netz hat der Beschwerdeführer zwar seit dem Unfall viele Freunde verloren, es seien aber noch ein bis zwei geblieben. Bis Februar 2017 hatte er überdies eine Beziehung, er habe seiner Freundin aber nicht zur Last fallen wollen. Ferner verfügt der Beschwerdeführer über ein tertiäres Netz an sozialen Beziehungen. Dort meditiere man zusammen in einem buddhistischen Zirkel (Urk. 6/103/12).

Die Gutachter attestierten ihm zudem durchschnittliche bis gute Intelligenzressourcen (Urk. 6/103/29). Dies alles lässt auf weiterhin bestehende und mobilisierende Ressourcen schliessen, was ein

wesentlicher Stabilisierungsfaktor des psychischen Gesundheitszustandes darstellt. 6.5.5

Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist geht aus dem Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer in allen vergleichbaren Lebensbereichen teilweise eingeschränkt ist.

So ist er in einzelnen sozialen Aktivitäten wie der sportlichen Betätigung oder der Pflege des Freundeskreises beeinträchtigt. Fest steht jedoch gleichzeitig, dass der Beschwerdeführer noch immer über gute soziale Kontakte verfügt, seiner Erwerbstätigkeit zumindest in einem Teilpensum nachgeht und über einen geregelten und recht aktiven Tagesablauf verfügt.

In der Kategorie «Konsistenz» sind zudem die mehrfachen Hinweise des Gutachters Dr. L.____ auf Aggravation

im Zusammenhang mit den

ausgeprägten

Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung zu berücksichtigen (Urk.

6/103/23 f.). Bereits die Hausärztin war für die Frage einer Symptomausweitung auf (Urk. 6/40/1). Gleiches kann den Erhebungen durch das E.____ entnommen werden; deren Gutachter sprachen von einem dysfunktionellen Krankheitsverhalten (Urk. 6/77/37)

bei erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz (Urk. 6/77/39).

Auch der neurologische Teilgutachter der Z.____, Dr. J.____, sprach von einer Selbstlimitierung und von einem intermediär reduzierten Allgemeinzustand, bedingt vor allem durch Bewegungs- und Konditionsmangel (Urk. 6/103/16).

E. 6.6

Nach dem Gesagten erweisen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Einschränkungen insgesamt zwar bis zu einem gewissen Grad als erstellt. Der psychiatrische Teilgutachter der Z. ___ vermochte aber nicht aufzuzeigen, weshalb die im Vordergrund stehende lediglich mittelgradig ausgeprägte depressive Reaktion am Übergang zu einer Dysthymie im Zusammenhang mit der Schmerzverarbeitung (Urk. 6/103/35) und mit Blick auf deren grundsätzliche Therapierbarkeit (Urk. 6/103/36 f.) zu funktionellen Leistungseinschränkungen führen sollen, die sich im Umfang von 70% auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Dies gilt umso mehr, als auch nicht ersichtlich ist, dass bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die direkten negativen funktionellen Folgen der zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren ausgeklammert worden wären (Urk. 6/107/2). Eine 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Astrologe wie auch in leidensangepassten Tätigkeiten (Urk. 6/103/37, 6/107/2

f.) lässt sich anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 - und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, welcher die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre konkrete sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat (E. 6.4 hier vor) - nicht erhärten. Vielmehr ist, im Ergebnis mit der Beschwerdegegnerin, davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei Ausschöpfung seiner in genügendem Masse vorhandenen psychischen Ressourcen auch in psychischer Hinsicht in der Lage ist, so wohl seine angestammte Tätigkeit als Astrologe als auch eine andere leidensangepasste Tätigkeit in einem Pensum von mindestens 70 % zu verrichten.

Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob die vorgebrachten psychischen

Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Blick auf die in den Akten erwähnten Hinweise auf Aggravation und die Selbstlimitierung des

Beschwerdeführers im Sinne potentieller Ausschlussgründe gemäss BGE 141 V 281 (E. 2.2 S. 287 f.) überhaupt

rechtsgenügend ausgewiesen sind. 7.

Auf der Grundlage einer mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit im angestammten Tätigkeitsbereich als Astrologe ab Dezember 2015 erübrigt sich ein ordentlicher Einkommensvergleich. Sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen sind gestützt auf dieselbe Bemessungsgrundlage und der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_463/2012 vom 3. August 2012 E. 4.2). Der Invaliditätsgrad liegt demnach bei nicht renten begründenden 30 % . Damit erweist sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzu setzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzu erlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Der Gerichtsschreiber Fehr Klemmt

E. 8

beantworteten die Gutachter Ergänzungsfragen der IV-Stelle (Urk. 6/104 und 6/107).

Sodann veranlasste die IV-Stelle eine Abklärung an Ort und Stelle für Selbständigerwerbende

(Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende

vom 30. Oktober 2018; Urk. 6/120).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/123 und 6/127) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 4. Juli 2019 einen Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 6/131 = Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 5. September 2019 Beschwerde und beantragte die Ausrichtung von mindestens einer Dreiviertelsrente sowie eventualiter die Einholung eines polydisziplinären Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 1. Oktober 2019 schloss die IV-Stelle unter Verweis auf die Akten auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 3. Oktober 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

.3

Dr. P.____ hielt am 1. Juni 2018 fest, dass die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge durch Dr. L.____

nun einigermaßen einleuchtend sei . Jedoch könne sie die höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht klar nachvollziehen und sie empfahl, den Fall aus Rechtsanwendersicht zu überprüfen (Urk. 6/122/7). 5.

5.1

Die Erkenntnisse zum somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus dem von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten der Z.____

decken sich weitgehend mit den Angaben in den Berichten der behandelnden Ärzte . So ist ausgewiesen, dass der im Oktober 2015 erlittene Auffahrunfall zu keinen strukturellen Schädigungen an der Halswirbelsäule geführt hat . Bildgebend konnten jedoch vorbestehende, mehrsegmentale degenerative Veränderungen über dem Altersdurchschnitt erhoben werden . Nicht einig sind sich die Ärzte in der Frage, ob eine Tangierung, Reizung oder gar eine Kompression der Nervenwurzel insbesondere im Bereich C4 rechts aus den diversen Bildgebungen hervorgeht. Der Neurologe Dr. D.____ erachtete eine Tangierung im Bereich C4 und C7 als fraglich, ebenso ein Reizsyndrom. Der Gutachter Dr. K.____ nannte als bildgebende Befunde degenerative Veränderungen mit Fehllhaltung und vorbestehenden Uncovertebralarthrosen auf verschiedenen Höhen sowie Bandscheibenprotrusionen mit einer Wurzelkompression in Höhe C4 und C7 rechts , welche mit den klinischen Befunden gut korrelieren würden (Urk. 6/103/20). In der Bildgebung hätten sich keine neuen Veränderungen oder ein erhebliches Fortschreiten der bisherigen Befunde von 2015 ergeben . Dr. N.____ , bei welchem der Beschwerdeführer nach Erstattung des Gutachtens noch eine Zweitmeinung einholte, ging ebenfalls von einer leichten Tangierung der Nervenwurzel C4 rechts

aus. Weitere Abklärungen sind in Anbetracht des unveränderten Zustandes seit 2015 und fehlender Läsion durch das Unfallereignis nicht nötig.

Zur Auswirkung der degenerativen Veränderungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserten sich die behandelnden Ärzte nicht hinreichend . Die Gutachter des E.____

kamen zum Schluss, dass die angestammte Tätigkeit ab August 2016 und eine Verweistätigkeit ab sofort vollschichtig zumutbar sei. Gleichzeitig hielten sie aber fest, dass keine klare Beurteilung möglich gewesen sei, da die angegebenen starken Schmerzen nicht testbar gewesen seien , und dass sie von einer erheblichen Selbstlimitierung ausgehen würden .

Der orthopädische Teilgutachter der Z.____ , Dr. K.____ , setzte sich mit den Vorakten und den geklagten Beschwerden auseinander und erhob detail lierte und nachvollziehbare Befunde. Das von ihm beschriebene Belastungsprofil erscheint überzeugend , insbesondere leuchtet ein , dass der Beschwerdeführer längere Zwangshaltungen vermeiden sollte.

Der neurologische Zustand des Beschwerdeführers ist als unauffällig einzustufen, wie dies bereits der Bericht des Spitals A.____ gezeigt hat. Dr. D.____ konnte ebenfalls keine Befunde von Krankheitswert erheben. Das Gleiche gilt für den neurologischen Teilgutachter der Z.____ , Dr. J.____ ,

d er folgerichtig auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festlegte . Seine Überlegungen zum reduzierten Allgemeinzustand des Beschwerdeführers, zu den von diesem angegebenen Konzentrationsstörungen sowie zu den degenerativen Veränderungen und der Selbstlimitierung flossen hingegen in die Konsensbeurteilung mit ein (Urk. 6/103/35).
5.2

Gestützt auf die medizinischen Akten , insbesondere die beweismässigen somatischen Teilgutachten der Z.____ und im Speziellen die schlüssigen Darlegungen des orthopädischen Teilgutachters der Z.____ , Dr. K.____ , ist daher davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer

in somatischer Hinsicht zumutbar ist, seine angestammte Tätigkeit als Astrologe weiterhin auszuüben, wenngleich in einem leicht reduzierten Pensum von aber immerhin mindestens 70 % respektive während sechs Stunden täglich. Zudem ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer ein optimal dem Belastungsprofil entsprechendes

Arbeitspensum aus somatischer Sicht vollschichtig zumutbar ist . Soweit sich

die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt stellte , der Beschwerdeführer könne sämtliche Tätigkeiten in einem Pensum von 100 % ausüben, sofern sie mit einer körperlich leichten Lastenhandhabung nicht über Schulterhöhe hinaus einhergehen, lässt sich dies aus dem Gutachten nicht ohne Weiteres ableiten, wovon offenbar auch der zuständige RAD-Arzt ausging (vgl. Urk. 6/122/5). 6.

E. 10

Aufl. 2015 , S. 207 f.). Ob die Diagnose der PTBS zu Unrecht gestellt wurde, muss jedoch nicht abschliessend beantwortet werden. Zum einen relativierte auch der psychiatrische Teilgutachter die Diagnose und sprach ihr neben der Schmerzverarbeitungsstörung und der depressiven Folgestörung eine eher untergeordnete Rolle zu (Urk. 6/103/28). Zum anderen ist nicht die diagnostische Einordnung eines Gesundheitsschadens entscheidend, sondern dessen konkrete Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, zumal zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit keine unmittelbare Korrelation besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_345/2019 vom 25. September 2019 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 140 V 193 E. 3.1 und Urteil des Bundesgerichts 9C_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.1.4) .

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